Le point sur l'épidémie de SIDA

Décembre 2003





ONUSIDA/OMS – 2003
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

ONUSIDA/03.39F (version française, décembre 2003)

Version originale anglaise, UNAIDS/03.39E, décembre 2003 :
AIDS epidemic update: December 2003
Traduction – ONUSIDA

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

ONUSIDA.
Le point sur l'épidémie de SIDA: 2003.

1. Infections à VIH – épidémiologie 2. Syndrome d'immunodéficience acquise – épidémiologie
3. Flambées de maladies.

ISBN 92 9173 305 9 (Classification NLM : WC 503.41)

ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse
Tél. : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courriel : unaids@unaids.org – Internet : http://www.unaids.org

TABLE DES MATIÈRES

Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2003

Préface

Les nouvelles estimations font état d'un nombre accru de personnes vivant avec le VIH/SIDA

Deux fonctions de base du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) consistent à suivre l'épidémie et à élaborer des informations stratégiques afin de guider les ripostes au SIDA à travers le monde. En conséquence, le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préparent une mise à jour annuelle sur l'épidémie reflétant les connaissances actuelles et la compréhension de l'épidémie.

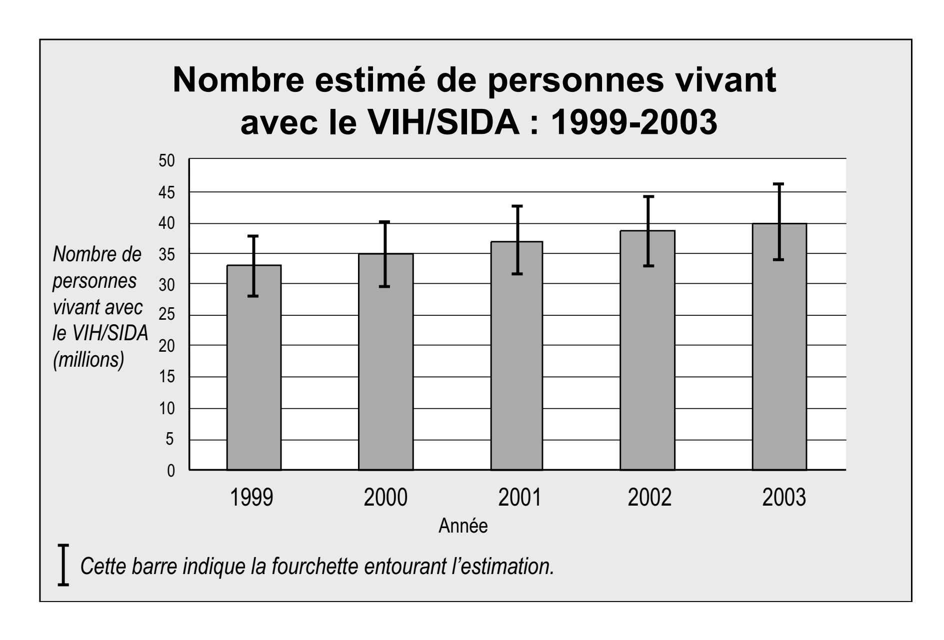
Les dernières estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS publiées dans cette mise au point sur l'épidémie de SIDA sont moins élevées que celles qui ont paru en 2002. Mais en fait le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA n'est pas plus faible, et l'épidémie ne décline pas. Des données plus fiables et une meilleure compréhension ont permis au Secrétariat de l'ONUSIDA et à l'OMS d'obtenir des estimations plus précises (voir les graphiques à la page 2).

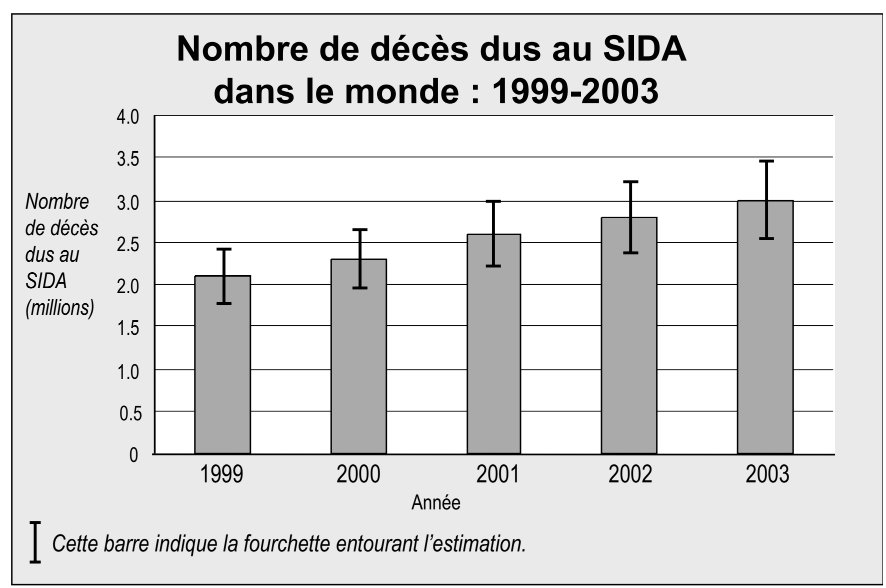
Ce rapport présente à la fois des estimations et les fourchettes dans lesquelles se situent ces estimations afin d'indiquer leur degré de précision.

Au cours de l'année écoulée, le Secrétariat de l'ONUSIDA a collaboré avec l'OMS, le Futures Group, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique, Family Health International et le Center East-West afin d'améliorer les compétences pour la saisie, la validation et l'interprétation des données liées au VIH et de développer un potentiel d'action pour la modélisation et l'estimation dans 130 pays. En outre, des sources de données nouvelles et variées, telles que les enquêtes nationales dans les ménages, permettent d'obtenir des estimations plus précises et de mieux comprendre les tendances de l'épidémie (voir l'encadré à la page 6). Les outils et méthodes sont constamment revus et améliorés par un groupe d'experts au sein du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections. Au cours des trois dernières années, ce groupe a rassemblé des chercheurs et des experts en santé publique venant de 23 pays couvrant l'ensemble des régions. A la lumière de ces constantes améliorations, les comparaisons avec des estimations publiées précédemment peuvent se révéler trompeuses.

Ce rapport présente à la fois des estimations et les fourchettes dans lesquelles se situent ces estimations afin d'indiquer leur degré de précision. Le texte se réfère à des estimations, les cartes montrent des fourchettes, et les tableaux comprennent les deux. Les fourchettes reflètent le degré d'incertitude associé aux estimations et définissent les limites dans lesquelles se situent ces chiffres, sur la base des meilleures informations disponibles.

L'application d'outils et de méthodes améliorés aux années précédentes montre qu'il y a eu des augmentations régulières du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, ainsi que du nombre de décès dus au SIDA. Le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA continue de s'élever dans plusieurs régions, de façon plus marquée en Afrique subsaharienne, l'Afrique australe enregistrant la prévalence la plus élevée. L'Asie et le Pacifique ainsi que l'Europe orientale et l'Asie centrale subissent toujours des épidémies allant en s'élargissant, avec un nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui s'accroît au fil des ans.





Le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS et leurs partenaires continueront d'affiner les outils et processus par le biais desquels les données sont générées et analysées. Une part importante de ce travail consiste à aider les pays à améliorer la collecte, la validation, la modélisation et les estimations des données liées au VIH afin de guider les actions efficaces contre l'épidémie mondiale au niveau des pays.

Tableau récapitulatif de l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde, décembre 2003

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	**Total**	**40 millions (34 – 46 millions)**
	Adultes	37 millions (31 – 43 millions)
	Enfants <15 ans	2,5 millions (2,1 – 2,9 millions)
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2003	**Total**	**5 millions (4,2 – 5,8 millions)**
	Adultes	4,2 millions (3,6 – 4,8 millions)
	Enfants <15 ans	700 000 (590 000 – 810 000)
Décès dus au SIDA en 2003	**Total**	**3 millions (2,5 – 3,5 millions)**
	Adultes	2,5 millions (2,1 – 2,9 millions)
	Enfants <15 ans	500 000 (420 000 – 580 000)

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles. Ces fourchettes sont plus précises que celles des années précédentes, et des travaux sont en cours pour augmenter encore la précision des estimations qui seront publiées à mi-2004.

INTRODUCTION

L'épidémie mondiale de VIH/SIDA a tué plus de 3 millions de personnes en 2003, et on estime que 5 millions de personnes ont contracté le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) cette même année – ce qui porte à 40 millions le nombre de personnes vivant avec le virus dans le monde.

En Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH est restée relativement stable – à des niveaux élevés, en général – ces quelques dernières années dans une grande partie de la région, ce qui s'explique par le fait que des taux élevés de nouveaux cas d'infection persistent et qu'ils sont contrebalancés par une mortalité due au SIDA atteignant aujourd'hui des niveaux tout aussi élevés. Dans un ensemble de pays d'Afrique australe, la prévalence du VIH reste dangereusement élevée au sein de la population générale. Dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, l'épidémie s'est solidement implantée et ne présente aucun signe de fléchissement – mis à part quelques signes positifs enregistrés au niveau de zones principalement urbaines dans quelques pays d'Afrique orientale. La tendance n'a rien de réconfortant.

L'épidémie en Afrique subsaharienne, en d'autres termes, reste galopante. Combien de temps encore en sera-t-il ainsi ? Tout dépendra de la vigueur, de l'échelle et de l'efficacité des programmes de prévention, de traitement et de soins. Il est indispensable et urgent de passer à une offensive massive sur tous les fronts, et à l'unisson, faute de quoi ce sera l'échec.

L'action mondiale s'est considérablement élargie au cours des deux ou trois dernières années. Les dépenses (intérieures et extérieures) consacrées aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus ont encore augmenté en 2003, notamment en Afrique subsaharienne. Des dizaines d'organes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA sont à présent opérationnels, et un nombre croissant de pays (en Afrique, pour beaucoup) ont commencé à offrir des médicaments antirétroviraux et autres médicaments liés au SIDA à leurs citoyens. Mais, pour le moment, ces éléments nouveaux ne suffisent pas pour prendre de vitesse l'épidémie, ni pour opposer une riposte à la mesure de sa gravité.

La couverture par le traitement antirétroviral demeure dramatiquement insuffisante dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, malgré les efforts récents de pays tels que le Botswana, le Cameroun, le Nigéria et l'Ouganda. L'OMS – l'organisme coordonnateur pour la prise en charge de l'infection à VIH au sein du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) – et les partenaires élaborent actuellement une stratégie mondiale complète en vue d'offrir le traitement antirétroviral à 3 millions de personnes d'ici à 2005. Pour atteindre ce but, il est indispensable d'accroître considérablement et durablement le volume des ressources et l'engagement politique ; ceci vaut également pour les pays durement touchés. Les politiques et pratiques retenues pour parvenir à cette fin doivent veiller à ce que l'accès au traitement soit équitable et que les sections pauvres et marginalisées de la société, en particulier les femmes, puissent en bénéficier.

En même temps que cet enjeu énorme, il y a cette priorité : l'intensification des programmes de prévention. Il faut simultanément une action de prévention plus efficace, et un accès au traitement bien plus large. Les efforts de prévention peuvent freiner la propagation du VIH, et le traitement antirétroviral limite l'impact du SIDA.

Bien que le niveau des connaissances de base sur le VIH/SIDA se soit amélioré chez les jeunes ces dernières années, il demeure étonnamment faible dans de nombreux pays, en particulier chez les jeunes femmes. Dans trop d'endroits, les services de conseil et de test volontaires brillent encore par leur absence, et un petit 1% de femmes enceintes dans les pays durement touchés a accès aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'élargissement de la couverture par tous ces services essentiels de prévention constitue une urgence. Les mesures visant à atténuer l'impact de l'épidémie sur les communautés ont tout autant d'importance. Il est incroyable que la plupart des pays subissant une épidémie généralisée n'aient pas encore mis en place des programmes d'envergure pour offrir une prise en charge appropriée aux orphelins.

Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/SIDA par région, fin 2003

Région	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA	Nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants	Prévalence chez l'adulte (%)*	Décès dus au SIDA chez l'enfant et l'adulte
Afrique subsaharienne	25,0 – 28,2 millions	3,0 – 3,4 millions	7,5 – 8,5	2,2 – 2,4 millions
Afrique du Nord et Moyen-Orient	470 000 – 730 000	43 000 – 67 000	0,2 – 0,4	35 000 – 50 000
Asie du Sud et du Sud-Est	4,6 – 8,2 millions	610 000 – 1,1 million	0,4 – 0,8	330 000 – 590 000
Asie de l'Est et Pacifique	700 000 – 1,3 million	150 000 – 270 000	0,1 – 0,1	32 000 – 58 000
Amérique latine	1,3 – 1,9 million	120 000 – 180 000	0,5 – 0,7	49 000 – 70 000
Caraïbes	350 000 – 590 000	45 000 – 80 000	1,9 – 3,1	30 000 – 50 000
Europe orientale et Asie centrale	1,2 – 1,8 million	180 000 – 280 000	0,5 – 0,9	23 000 – 37 000
Europe occidentale	520 000 – 680 000	30 000 – 40 000	0,3 – 0,3	2 600 – 3 400
Amérique du Nord	790 000 – 1,2 million	36 000 – 54 000	0,5 – 0,7	12 000 – 18 000
Australie et Nouvelle-Zélande	12 000 – 18 000	700 – 1 000	0,1 – 0,1	<100
TOTAL	**40 millions (34 – 46 millions)**	**5 millions (4,2 – 5,8 millions)**	**1,1% (0,9 – 1,3%)**	**3 millions (2,5 – 3,5 millions)**

* Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2003, d'après les statistiques démographiques de 2003.

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles. Ces fourchettes sont plus précises que celles des années précédentes, et les travaux sont en cours pour augmenter encore la précision des estimations qui seront publiées à mi-2004.

Des épidémies émergentes

Au-delà de l'Afrique subsaharienne, des épidémies plus récentes continuent de s'aggraver – en Chine, en Indonésie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Viet Nam, dans plusieurs Républiques d'Asie centrale, dans les Etats baltes, et en Afrique du Nord. Le Viet Nam, par exemple, a récemment apporté la preuve qu'une épidémie de VIH/SIDA peut éclater soudainement, partout où l'on enregistre des taux élevés de consommation de drogues injectables. Il a rejoint la liste de plus en plus longue des pays d'Asie, d'Europe orientale, du Moyen-Orient et d'Amérique latine, où la consommation de drogues injectables est à l'origine des épidémies de VIH/SIDA. Dans ces cas, comme dans le cas de l'épidémie en général, la stigmatisation et la discrimination figurent en bonne place parmi les obstacles entravant les efforts faits pour inverser le cours de l'épidémie (voir page 31).

Ceci vaut également pour les rapports sexuels entre hommes – réalité dont l'omniprésence n'a d'égal que le déni et la stigmatisation l'accompagnant, et qui joue un rôle dans bon nombre des épidémies ayant cours dans les Amériques, en Asie, en Afrique du Nord et en Europe. Pourtant, même lorsque l'importance de ce mode de propagation de l'épidémie est démontrée, les activités de surveillance, de recherche, de prévention, de soins et d'appui liées au VIH font souvent l'impasse sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

A la croisée des chemins

A l'échelle mondiale, la riposte au SIDA s'achemine vers une nouvelle phase. L'engagement politique s'est intensifié, la mobilisation communautaire devient plus dynamique, les fonds augmentent, les programmes de traitement passent à la vitesse supérieure, et les efforts de prévention s'élargissent.

Améliorer la précision des estimations relatives au VIH

Les estimations nationales de la prévalence du VIH dans les pays subissant une épidémie généralisée sont fondées sur les données générées par les systèmes de surveillance axée sur les femmes enceintes fréquentant un certain nombre de dispensaires prénatals sentinelles. L'ONUSIDA et l'OMS, en consultation étroite avec les pays, utilisent une méthode en six étapes pour obtenir des estimations de la prévalence du VIH concernant les hommes et les femmes, et un nombre croissant de pays ont adopté ces méthodes pour établir des estimations nationales.

Cette méthode part de l'hypothèse selon laquelle la prévalence du VIH chez les femmes enceintes offre une bonne approximation de la prévalence au sein de la population adulte (15-49 ans). Les études menées au niveau sous-national dans un certain nombre de pays africains ont prouvé la véracité de cette hypothèse (en comparant directement la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales à celle établie au sein de la population adulte dans la même communauté).

Récemment, plusieurs pays africains ont effectué des enquêtes nationales auprès de la population qui portaient notamment sur le dépistage volontaire du VIH. La comparaison a été faite entre les résultats de cette enquête et les estimations de la prévalence du VIH chez l'adulte, fondées sur les données des systèmes de surveillance sentinelle. En comparant les données issues de l'enquête nationale réalisée en Zambie en 2001 avec les données des systèmes de surveillance, on a eu la confirmation du fait que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est à peu près équivalente à celle observée au sein de la population adulte, tant dans les zones urbaines que rurales.

Les deux sources de données ont leurs avantages et leurs inconvénients. D'un côté, les enquêtes nationales auprès de la population fournissent une image plus large des tendances au sein de la population générale que ne le font les consultations prénatales (et peuvent donner des informations sur la prévalence du VIH chez les hommes, et chez les femmes non enceintes). Elles couvrent également mieux les populations rurales que la surveillance en place dans les dispensaires prénatals. D'un autre côté, le fait que certaines personnes interrogées refusent de participer ou sont absentes du foyer rend encore bien plus incertaines les estimations relatives au VIH, obtenues à partir des enquêtes (les taux de non-réponse sont de l'ordre de 24% à 42% dans les enquêtes effectuées récemment dans les pays africains). Pour corriger les estimations, il faut pouvoir cerner les éléments qui à la base font que des personnes ne répondent pas. Mais il y a cette autre zone d'ombre majeure : l'enquête ne permet pas de mesurer l'association éventuelle entre l'absence d'une personne ou son refus de participer, et la hausse de la prévalence du VIH. En conséquence, les enquêtes auprès de la population risquent de déboucher sur une sous-estimation de la prévalence réelle du VIH dans la plupart des cas (à des degrés variables, en fonction du pays).

Mais quel est le degré de précision des estimations relatives au VIH issues des données recueillies en consultations prénatales ? Elles reposent sur un ensemble d'hypothèses qui ne s'appliquent peut-être pas aussi bien à tous les pays et à tous les stades de l'épidémie. En outre, la plupart des systèmes de surveillance en place dans les dispensaires prénatals ont une couverture géographique limitée, si bien que la qualité de l'estimation nationale de la prévalence du pays peut être très variable d'un pays à l'autre.

Il n'existe pas d'étalon or pour la surveillance du VIH. Toutes les estimations dans ce domaine doivent être appréciées avec un œil critique – qu'elles reposent sur une enquête nationale ou sur les données de la surveillance sentinelle. Les données recueillies en consultations prénatales sont particulièrement utiles pour mesurer les tendances relatives au VIH. Les enquêtes nationales sont un apport à notre tableau de l'épidémie. Réalisées à trois ou cinq années d'intervalle, ces enquêtes peuvent constituer un volet précieux des systèmes de surveillance, et permettre d'améliorer les estimations des niveaux et des tendances de la prévalence du VIH.

Mais, par rapport à l'ampleur de cette épidémie mondiale, le rythme et la portée de la riposte mondiale au VIH/SIDA sont bien en dessous de ce qu'ils devraient être. La lutte contre le SIDA arrive à un carrefour : soit nous nous satisfaisons de petits progrès ici et là, soit nous pesons de tout notre poids sur l'épidémie pour l'écraser, forts de nos connaissances, de nos ressources et de notre engagement. Le choix est clair.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

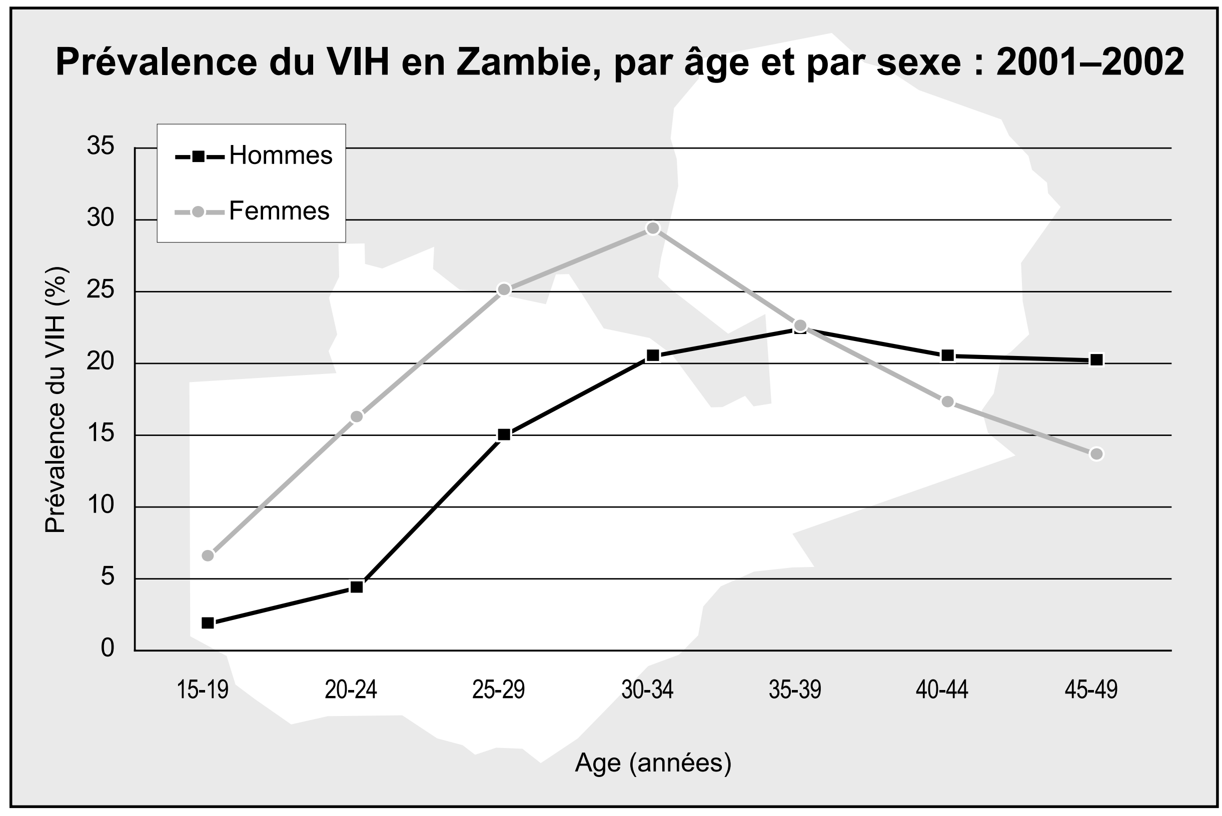
Les taux élevés d'infection à VIH persistent et sont contrebalancés par une mortalité due au SIDA atteignant aujourd'hui des niveaux tout aussi élevés.

L'Afrique subsaharienne demeure, et de loin, la région la plus durement touchée par l'épidémie de VIH/SIDA. En 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région a été estimé à 26,6 millions, dont 3,2 millions ayant contracté l'infection au cours de l'année écoulée. Le SIDA a tué près de 2,3 millions de personnes en 2003.

Contrairement aux femmes des autres régions du monde, les Africaines sont nettement plus susceptibles (au moins 1,2 fois de plus) d'être infectées par le VIH que les hommes. Chez les jeunes de 15-24 ans, le phénomène est très marqué (voir Figure 1) : il a été constaté que les femmes étaient deux fois et demie plus susceptibles d'être infectées que leurs homologues masculins, selon six enquêtes nationales récentes. Ces disparités ont été attribuées à plusieurs facteurs. Sur un plan biologique, la transmission du VIH s'opère généralement plus facilement de l'homme à la femme que l'inverse. En outre, l'activité sexuelle a tendance à être plus précoce chez les femmes, et les jeunes femmes ont en général des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés qu'elles.

La prévalence du VIH varie considérablement à travers le continent – allant de moins de 1% en Mauritanie à presque 40% au Botswana et au Swaziland. Plus d'une femme enceinte sur cinq est infectée par le VIH dans la plupart des pays d'Afrique australe, tandis qu'ailleurs en Afrique subsaharienne la prévalence médiane[1] du VIH dans les dispensaires prénatals dépasse les 10% dans quelques pays. Et si les efforts suivis de prévention

Figure 1



Source : Enquête démographique et sanitaire en Zambie, 2001-2002

dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest et de l'Est (principalement l'Ouganda et le Sénégal) continuent de prouver que le VIH/SIDA peut être enrayé avec l'intervention humaine, les signes de possibles avancées similaires en **Afrique australe** sont pour le moins minimes.

urbaines. Cette sous-région, cependant, est la plus urbanisée du continent, avec plus de 40% de la population habitant dans les zones urbaines.)

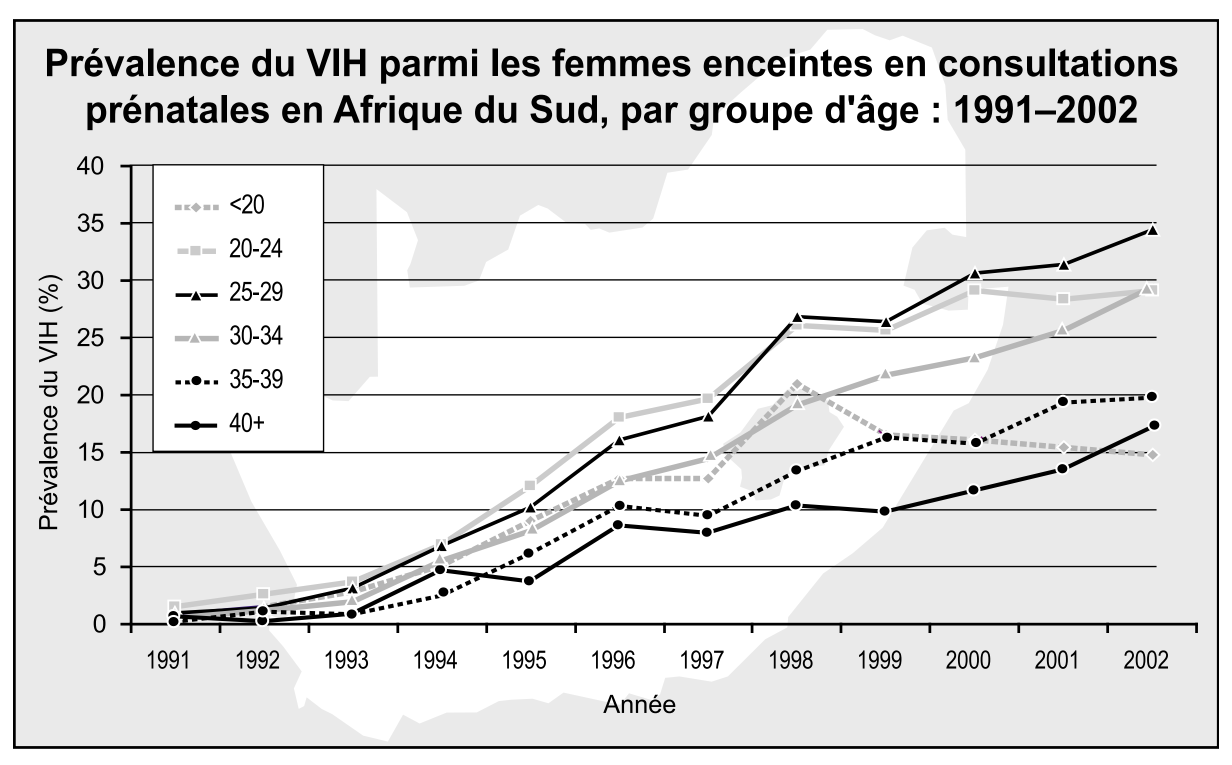
Comme ailleurs sur le continent, les programmes de prévention (et, de plus en plus, le traitement

L'Afrique australe regroupe environ 30% du total des personnes vivant avec le VIH/SIDA de par le monde ; pourtant, elle abrite moins de 2% de la population mondiale

Une analyse des tendances au niveau des dispensaires prénatals dans huit pays (entre 1997 et 2002) montre une prévalence du VIH chez les femmes enceintes avoisinant 40% à Gaborone (Botswana) et à Manzini (Swaziland), et de près de 16% à Blantyre (Malawi) et de 20% à Lusaka (Zambie). La prévalence dépassait 30% dans la province sud-africaine de Gauteng, principalement urbaine (où se situe Johannesburg) ; la prévalence médiane du VIH à Maputo (Mozambique) était de 18% en 2002. (A noter que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les zones rurales en Afrique australe est dans l'ensemble nettement moins élevée que chez leurs homologues des zones

et les soins) se sont développés dans cette sous-région. Cependant, ces initiatives, même les plus efficaces, peuvent prendre plusieurs années pour générer un fléchissement visible des tendances relatives à la prévalence du VIH. Actuellement, il n'existe guère de preuves d'une telle diminution en Afrique australe. Toutefois, une tendance à la baisse a été observée au niveau de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes en consultations prénatales à Lilongwe (Malawi), où la prévalence chez les jeunes femmes (15-24 ans) atteignait presque 23% en 1996, avec une chute à 15% observée en 2001. Il reste à déterminer s'il s'agit d'une aberration, ou si cette baisse est liée à des comportements sexuels moins risqués.

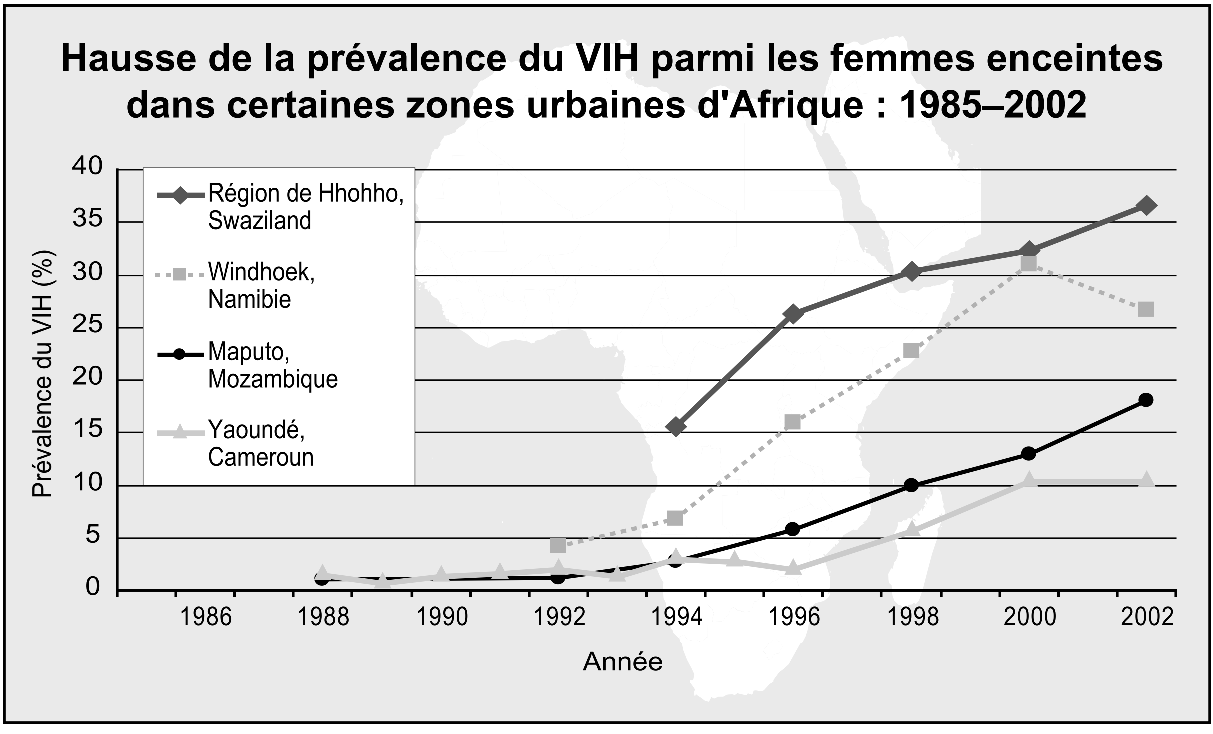
Figure 2



Source : Département de la Santé, Afrique du Sud

[1] La prévalence médiane représente un point moyen, avec un nombre égal de personnes au-dessus et en dessous de ce point.

Figure 3



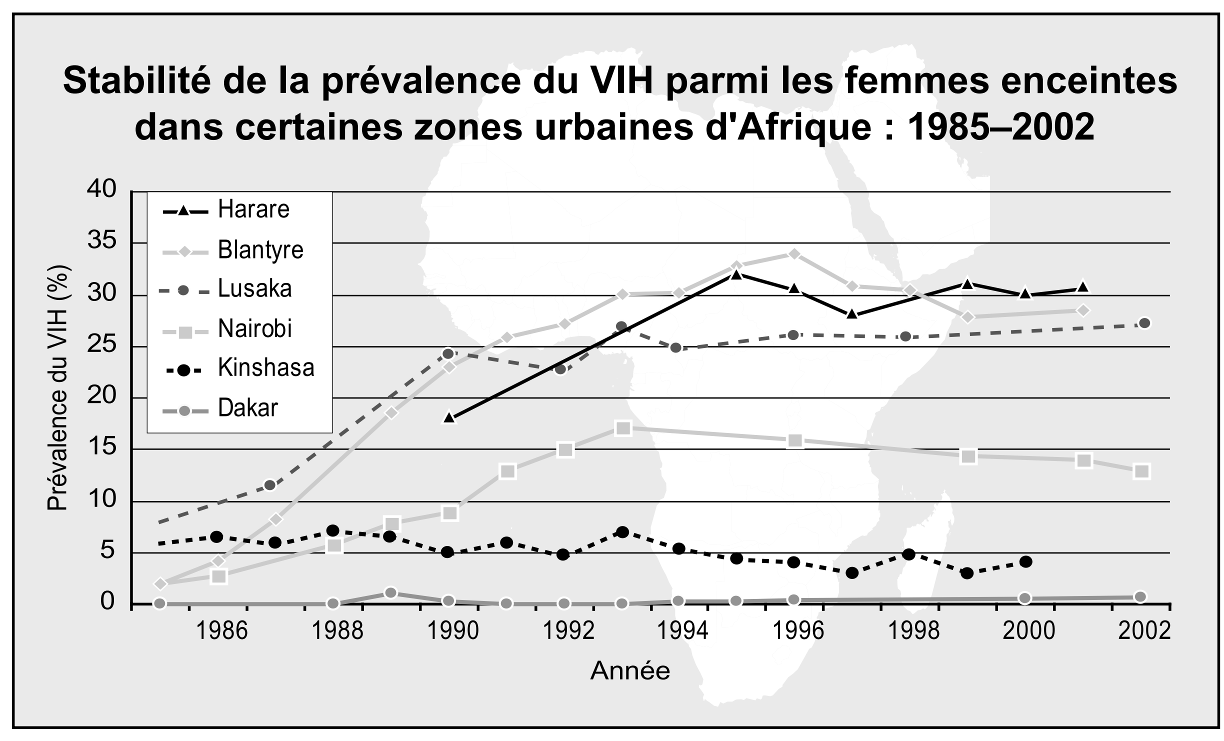
Source : Programmes nationaux de lutte contre le SIDA (données partiellement compilées par le Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique)

En Afrique du Sud, les données de surveillance de 2002 montrent que, à l'échelle nationale, la prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales est restée pratiquement au même niveau depuis 1998 – se situant entre 22% et 23% en 1998-1999, et allant jusqu'à atteindre environ 25% en 2000-2002. Une légère baisse de la prévalence chez les adolescentes enceintes (15-19 ans) a été contrebalancée par des taux de VIH invariablement élevés chez les femmes enceintes âgées de 20 à 24 ans, et par des pourcentages en hausse chez celles âgées de 25 à 34 ans. Dans cinq provinces sur les neuf que compte ce pays – notamment les plus peuplées – au moins 25% des femmes enceintes sont aujourd'hui séropositives. L'épidémie sévit toutefois de façon variable au sein de l'Afrique du Sud. Atteignant presque 37%, la prévalence du VIH chez les personnes venues consulter dans les dispensaires prénatals du KwaZulu-Natal est environ trois fois plus élevée que dans la province du Cap occidental – où l'on enregistre la plus faible prévalence. D'après la toute dernière série de données nationales issues de la surveillance au sein des dispensaires prénatals, on estime que 5,3 millions de Sud-Africains vivaient avec le VIH à fin 2002. Du fait que l'épidémie est relativement récente en Afrique du Sud, et compte tenu des tendances actuelles, l'augmentation rapide des décès dus au SIDA va se poursuivre au moins au cours des cinq prochaines années ; en résumé, le pire est encore à venir. Un programme de traitement antirétroviral mis en place rapidement à l'échelle nationale pourrait protéger considérablement le pays contre l'impact de l'épidémie.

Dans quatre pays voisins – Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland – l'épidémie a pris une ampleur dévastatrice. Là-bas, la prévalence du VIH a atteint des niveaux extrêmement élevés, sans donner aucun signe de stabilisation. En 2002, la prévalence nationale du VIH au Swaziland égalait celle constatée au Botswana : presque 39%. A peine une décennie plus tôt, elle était de 4%. Au Botswana, comme au Swaziland, aucune baisse ne semble s'amorcer au niveau de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans. La prévalence du VIH observée dans les sites de prise en charge néonatale en Namibie est montée à plus de 23% en 2002, tandis que les données les plus récentes émanant du Lesotho (collectées en 2003) montrent une prévalence médiane du VIH chez les femmes en consultations prénatales atteignant 30%.

Les chiffres publiés cette année au Zimbabwe ont pu laisser croire que la prévalence nationale du VIH chez l'adulte avait baissé, passant d'une estimation de 34% fin 2001, à 25%, et que ce pays était en train d'inverser le cours de son épidémie. Malheureusement, ce point de vue n'a apparemment aucun fondement réel. Le nouveau chiffre annoncé correspond à une correction statistique de

Figure 4



Source : Programmes nationaux de lutte contre le SIDA (données partiellement compilées par le Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique)

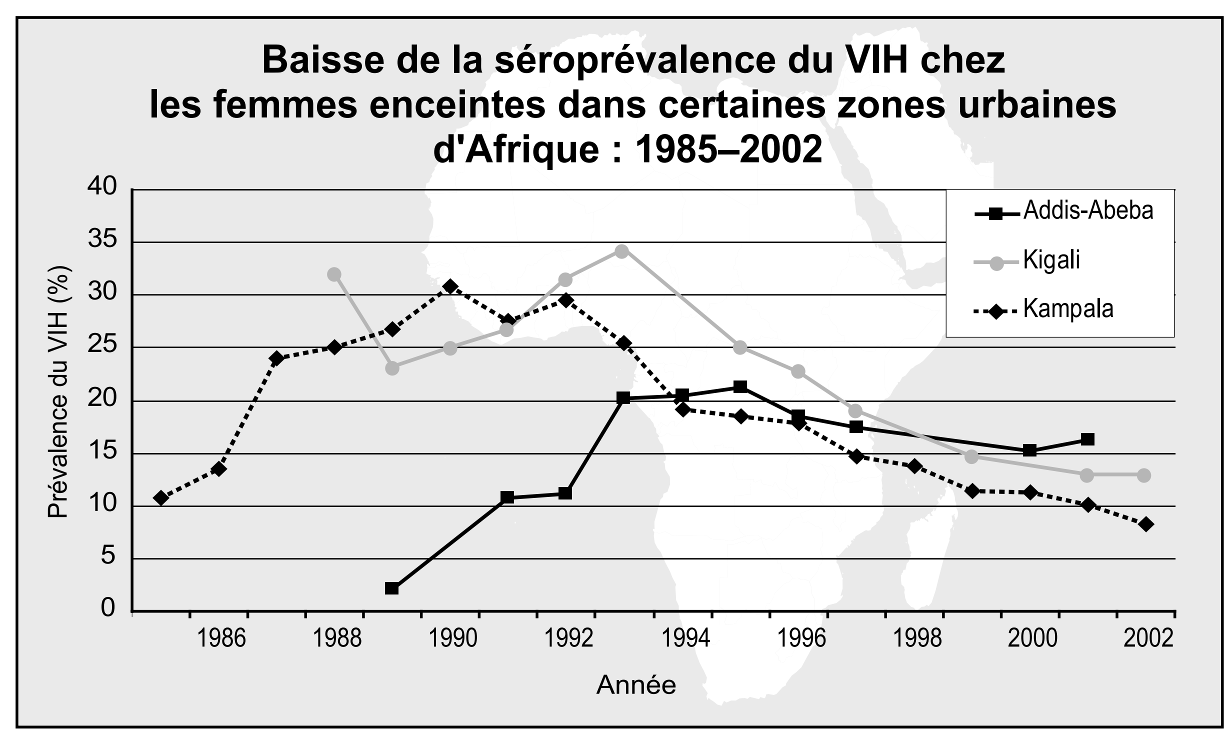
l'estimation de 2001, qui se fondait sur les données des dispensaires prénatals, lesquelles englobaient une forte proportion d'irrégularités au niveau du dépistage. (En outre, de nouvelles données ont été fournies concernant certaines zones rurales, et le tout dernier recensement a révélé que la population totale du Zimbabwe était moins élevée qu'on ne l'avait supposé auparavant.) Les estimations corrigées ne montrent donc aucune baisse réelle de la prévalence du VIH dans ce pays, mais confirment effectivement que les taux de prévalence se maintiennent à des niveaux très élevés depuis la fin des années 1990. Egalement, une évaluation des tendances dans les 13 mêmes dispensaires prénatals disposant de données depuis 1997 ne permet guère de conclure à une baisse.

Certains signes de stabilisation de l'épidémie apparaissent en Zambie, où la prévalence nationale du VIH reste stable depuis le milieu des années 1990. Une enquête nationale au sein de la population, réalisée en 2001-2002, a montré que près de 16% des 15-49 ans ayant accepté de se faire tester étaient séropositifs. Les conclusions de l'enquête concordaient avec les données de la surveillance concernant 2001 recueillies au niveau des dispensaires prénatals.

Au Mozambique, la prévalence médiane du VIH varie de 8% chez les femmes enceintes dans le nord du pays, à 15% et 17%, respectivement, dans le centre et dans le sud. La prévalence médiane du VIH chez les femmes en consultations prénatales, établie à partir de 36 sites, était de 14%, le plus fort taux de prévalence (36%) ayant été constaté chez les femmes en consultations prénatales à Mabote (province de Inhambane). Le taux le plus bas – 4% – a été constaté chez les femmes enceintes à Mavago (province de Niassa).

L'Angola suscite des préoccupations, malgré les taux de VIH comparativement bas enregistrés à ce jour. Après pratiquement quatre décennies de guerre, des mouvements massifs de population se produisent. Des millions de gens sont parvenus à quitter les villes et les grandes agglomérations où ils s'étaient retrouvés bloqués, l'activité commerciale a repris, relançant les déplacements à l'intérieur du pays et transfrontaliers, et un nombre estimé de 450 000 réfugiés sont de retour (pour beaucoup de pays voisins, où la prévalence du VIH est élevée). Ces circonstances risquent de provoquer une flambée épidémique soudaine. A Luanda, les résultats préliminaires du dépistage du VIH dans cinq dispensaires prénatals portent à croire que la prévalence médiane du VIH pourrait être d'environ 3% ; toutefois, une enquête réalisée en 2001 auprès des professionnel(le)s du sexe de Luanda révélait un taux de séropositivité de 33% parmi cette population. Si le volume d'informations précises sur la progression de l'épidémie ailleurs en Angola est trop faible, une chose est sûre : en matière de lutte

Figure 5



Source : Programmes nationaux de lutte contre le SIDA (données partiellement compilées par le Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique)

contre le VIH/SIDA, la riposte du pays laisse beaucoup à désirer. Les activités de prévention sont très rares, très peu de centres de dépistage volontaire ont été créés, et les niveaux de connaissances sur le VIH/SIDA sont très faibles.

La situation est différente en **Afrique de l'Est** et dans certaines parties d'**Afrique centrale**. La prévalence du VIH continue de baisser en Ouganda : elle est tombée à 8% à Kampala en 2002 – un exploit remarquable, quand on sait que la prévalence du VIH enregistrée chez les femmes enceintes dans deux dispensaires prénatals de la ville atteignait 30% une décennie auparavant. Des baisses similaires concernent l'Ouganda, où les taux de prévalence à deux chiffres sont à présent rares.

A ce jour, aucun autre pays n'a égalé cet exploit – du moins pas au niveau national. Mais la proportion de femmes enceintes constatées séropositives dans le cadre des consultations prénatales est tombée à 13% à Kigali, capitale du Rwanda (elle atteignait près de 35% en 1993). Toutefois, compte tenu des mouvements massifs de population après le génocide de 1994, il faut rester prudent dans les comparaisons des chiffres année après année concernant le Rwanda. A Addis-Abeba, chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, la prévalence du VIH a baissé de façon presque aussi abrupte – chutant à environ 11% en 2003, après avoir culminé à près de 24% en 1995. On peut y voir un signe très encourageant, vu que l'épidémie de ce pays est en grande partie concentrée dans les villes (la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les zones rurales d'Ethiopie est inférieure à 2%). En Ethiopie, près de 72 000 recrues au sein de l'armée ont été testées en 1999-2000. Parmi les recrues des zones urbaines et des zones rurales, la prévalence du VIH était respectivement de 7,2% et de 3,8%. Ailleurs dans la sous-région, l'épidémie garde son emprise. L'enquête nationale du Kenya effectuée en 2002 a révélé que 10% des femmes enceintes étaient séropositives. En outre, les tendances dans les sites de surveillance régulière ont montré une baisse modeste de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes au cours des trois années écoulées.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est restée à des niveaux bas à Kinshasa (République démocratique du Congo). Des données plus récentes provenant d'autres sites urbains et ruraux dans les régions sous contrôle gouvernemental de la République démocratique du Congo donnent à penser que la prévalence du VIH en 2003 pourrait, en fait, être égale ou inférieure à 5% dans une grande partie du territoire de cette république, à l'exception de la province du Katanga au sud-est, qui a une frontière commune avec la Zambie et où l'on enregistre une prévalence de 6%, et éventuellement des parties orientales du pays où les activités de surveillance ont été retardées en 2003.

En **Afrique de l'Ouest**, diverses épidémies sont en cours. Le Sénégal recueille toujours les fruits de la décision prise au début de son épidémie d'investir massivement dans les programmes de prévention du VIH et de sensibilisation dans les années 1980 (les taux d'infection étaient alors encore très bas). Les efforts programmatiques soutenus ont permis de stabiliser les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes à environ 1% depuis 1990, taux qui se sont maintenus en 2002, mais la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe a lentement augmenté au cours de la décennie écoulée. A Dakar, la prévalence chez les professionnel(le)s du sexe, qui était de 5% en 1992, atteignait 14% en 2002 ; de 8% en 1992 dans la ville de Kaolack, elle est montée à 23% en 2002. Les enquêtes auprès de la population et autres études suggèrent que les taux de prévalence du VIH chez l'adulte demeurent relativement bas dans d'autres pays du Sahel – environ 2% au Mali, et 1% – voire moins – en Gambie, en Mauritanie et au Niger. A l'instar du Burkina Faso, le Ghana présente des tendances stables, avec une prévalence médiane du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales fluctuant depuis 1994 entre 2% et un peu plus de 3% (dépassant à peine 4% dans la capitale, Accra, en 2002).

La situation est plus grave en Côte d'Ivoire, qui se retrouve toujours avec la prévalence du VIH la plus élevée d'Afrique de l'Ouest. Plus d'une femme enceinte sur 10 est infectée par le VIH dans certaines des régions de ce pays, encore qu'en 2002 la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Abidjan

De meilleures estimations montrent que le nombre de personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne continue de s'accroître

Les dernières estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS laissent à penser que le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne est plus faible cette année que l'estimation publiée pour 2002. Des données améliorées et une meilleure compréhension de l'épidémie ont permis au Secrétariat de l'ONUSIDA et à l'OMS de parvenir à une estimation plus précise pour cette région, corrigeant ainsi la surestimation de 2002. Toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne a continué de croître.

- Une surveillance améliorée et plus étendue a montré que la prévalence du VIH dans les zones rurales était plus faible que prévu et que dans certains pays les différences entre les niveaux d'infection en zones rurales et urbaines étaient plus élevées que ce que l'on avait imaginé précédemment. Des systèmes de surveillance du VIH et des enquêtes nationales élargies ont fourni de nouvelles données sur les zones rurales éloignées pour plusieurs pays, notamment le Burundi, l'Ethiopie, le Rwanda et la Zambie, avec comme résultat des estimations plus faibles de la prévalence nationale dans ces pays. Ces améliorations dans la collecte et l'analyse des données continueront à renforcer notre compréhension de l'épidémie, un objectif clé de l'ONUSIDA.
- Conformément aux nouvelles données du recensement, les estimations de la population totale de certains pays ont été revues à la baisse par la Division de la Population des Nations Unies. Dans ces pays, tels que le Mozambique et la République démocratique du Congo, un ajustement indiquant une plus faible population signifie également que le nombre total des personnes vivant avec le VIH est plus faible, même si le pourcentage estimé reste le même.

Le Zimbabwe est l'exemple d'un pays où l'estimation du nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été fortement revu à la baisse. Au Zimbabwe, les chiffres publiés cette année font état d'une prévalence du VIH de 25% chez l'adulte, alors qu'elle avait été estimée à 34% à la fin de 2001. Malheureusement, cela ne correspond pas à une baisse réelle de prévalence de 9 points de pourcentage. Le nouveau chiffre représente une correction statistique de l'estimation de 2001, qui s'était appuyée sur des données prénatales comprenant une proportion significative d'irrégularités au niveau du dépistage. En outre, on a pu disposer de nouvelles données émanant d'une enquête nationale. Les estimations corrigées, bien que plus faibles, ne montrent donc pas de réel déclin de la prévalence du VIH dans le pays.

L'application de ces données améliorées et de cette meilleure compréhension de l'épidémie aux années précédentes donne une augmentation régulière du nombre des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne au cours de ces dernières années, même si la prévalence est relativement stable. Le nombre des décès dus au SIDA s'est également accru, ce qui correspond à des augmentations de la prévalence survenues il y a de nombreuses années et à un accès médiocre aux médicaments antirétroviraux qui prolongent la vie.

est descendue au niveau le plus bas qu'elle ait jamais atteint depuis une décennie (7%). Les données de surveillance les plus récentes (2001) concernant le Nigéria révèlent une anomalie : les grandes agglomérations du pays enregistrent une prévalence du VIH plus faible (inférieure à 5%, en fait) que quelques villes plus petites classées rurales ; le phénomène est tout particulièrement constaté dans le sud.

Bien qu'elle se soit améliorée un peu partout en Afrique ces dernières années, la couverture assurée par les systèmes de surveillance du VIH dans quelques pays demeure trop éparse pour générer des données permettant de mesurer la progression et les tendances réelles de l'épidémie. Dans la plupart des cas, guerres et conflits sont principalement à l'origine de cette lacune – notamment en Angola, au Libéria, en République démocratique du Congo et en Somalie, où les données de la surveillance demeurent insuffisantes.

Il est à présent clair que dans la majeure partie de l'Afrique subsaharienne (y compris des régions d'Afrique australe), la prévalence du VIH chez les femmes enceintes consultant dans les dispensaires prénatals reste à peu près au même niveau depuis plusieurs années – en dépit de taux très élevés en Afrique australe. Pour certains observateurs, cette apparente « stabilisation » de la prévalence du VIH serait le signe d'un tournant pris par l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Malheureusement, il n'existe aucune preuve qui puisse étayer ce type de conclusion.

Deux facteurs expliquent la stabilisation apparente des taux de prévalence observés dans une grande partie de la région : les taux de mortalité due au SIDA et l'incidence du VIH. Les taux de mortalité due au SIDA élevés et, dans certains pays en hausse, et simultanément l'augmentation régulière de l'incidence du VIH font que la prévalence du VIH est restée à peu près stable. En Zambie, par exemple, la prévalence nationale du VIH semble être restée relativement stable au cours des 8-10 années écoulées. Comme il est estimé qu'annuellement près de 80 000 personnes vivant en Zambie ont contracté l'infection au cours de cette période, la prévalence globale est restée à peu près stable, puisque le SIDA a tué un nombre égal de personnes chaque année. La prévalence du VIH donne ainsi une apparence de stabilité, mais elle cache le fait que le nombre toujours élevé de nouveaux cas annuels d'infection à VIH est contrebalancé par le nombre tout aussi élevé de décès dus au SIDA.

Nous n'assistons donc pas à un recul de l'épidémie dans cette région. Il n'y a pas lieu de crier victoire. En l'absence d'interventions efficaces, l'épidémie va poursuivre ses ravages dans ces pays.

Variété et diversité caractérisent les épidémies de cette région ; d'où la nécessité de mieux comprendre les éléments moteurs, de même que les conditions ainsi que les interventions susceptibles de freiner la propagation du VIH. Ceci vaut particulièrement pour l'Afrique australe, où des facteurs structurels – notamment les inégalités socio-économiques et socioculturelles – semblent saper l'efficacité des ripostes.

Les rapports nationaux de situation concernant la mise en œuvre des activités nécessaires pour réaliser les objectifs de résultats définis dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (entérinée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2001) montrent qu'un grand nombre de pays n'ont aucune politique nationale en place concernant les orphelins, que la couverture en matière de conseil et de test volontaires est insignifiante, et que la prévention de la transmission mère-enfant est pratiquement inexistante dans bon nombre des pays les plus durement touchés. Plus de 70% des pays africains faisant rapport sur les efforts visant à réduire la transmission du VIH aux nourrissons et aux jeunes enfants n'ont pratiquement aucun programme pour administrer les traitements antirétroviraux prophylactiques aux femmes au moment de l'accouchement ainsi qu'aux nouveau-nés. Près de 50% des pays africains qui font rapport n'ont pas adopté de législation afin de prévenir la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et seulement un pays sur quatre déclare que pour au moins 50% des patients souffrant d'autres infections sexuellement transmissibles (cofacteurs de l'infection à VIH), un diagnostic a été posé, et que ces patients ont bénéficié du conseil ainsi que d'un traitement. Bien que l'offre des traitements reste réduite (en 2002, le nombre des personnes ayant accès aux médicaments antirétroviraux a été estimé à seulement 50 000), certains pays tels que le Botswana, le Cameroun, l'Erythrée, le Nigéria et l'Ouganda ont fait de sérieux efforts pour élargir l'accès aux antirétroviraux, en faisant appel au secteur public comme au secteur privé.

Mais ces deux ou trois dernières années se sont caractérisées par un regain d'appui politique, un renforcement des travaux d'élaboration de politiques, une relance du financement, et une volonté d'atténuer l'impact de l'épidémie sur les sociétés – un élan à maintenir si l'on veut inverser le cours de l'épidémie.

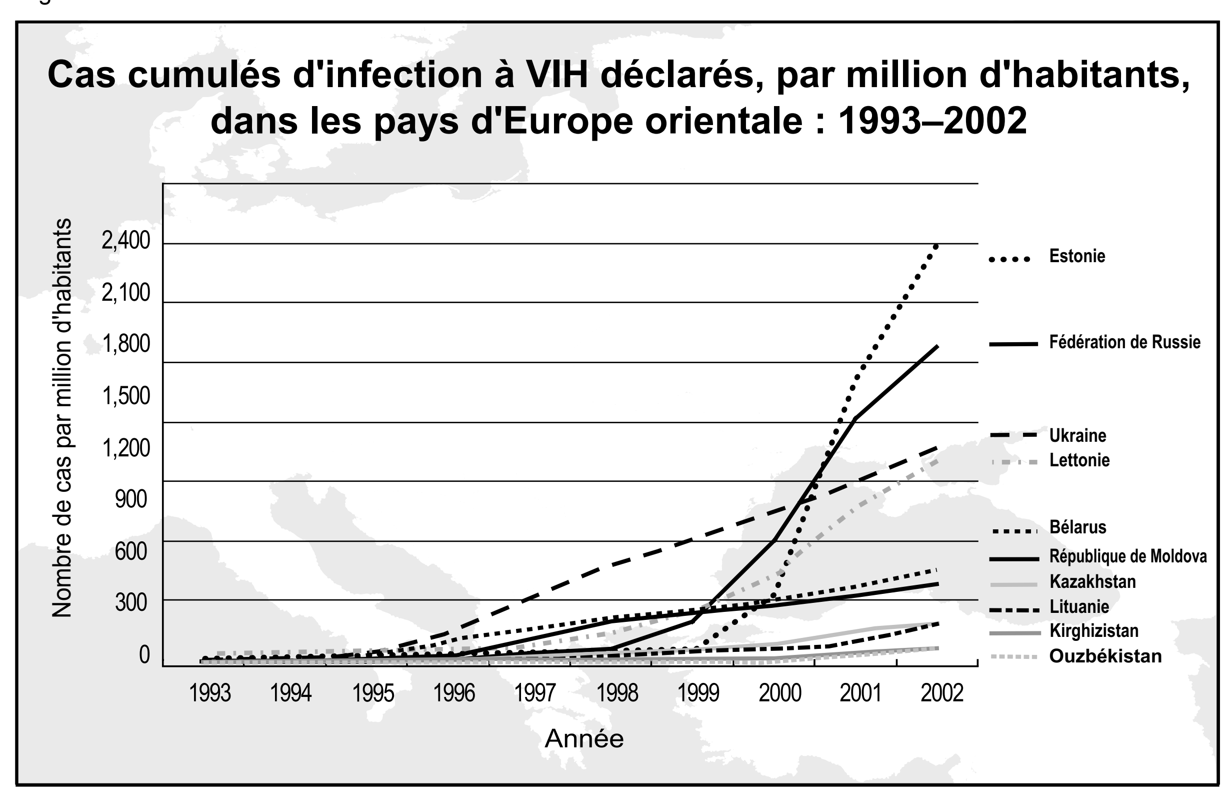
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

La prévalence du VIH demeure en hausse dans les Etats baltes, en Fédération de Russie et en Ukraine. En Asie centrale, l'épidémie se propage rapidement.

L'épidémie de SIDA en Europe orientale et en Asie centrale ne donne aucun signe de ralentissement. Quelque 230 000 personnes ont contracté l'infection en 2003, ce qui porte à 1,5 million le nombre total de personnes vivant avec le virus. Le SIDA a causé un nombre estimé de 30 000 décès au cours de l'année écoulée.

La Fédération de Russie, l'Ukraine, et les Etats baltes (Estonie, Lettonie et Lituanie) sont les plus durement touchés, mais le VIH poursuit sa propagation au Bélarus, au Kazakhstan, et en République de Moldova, tandis que l'existence d'épidémies plus récentes est aujourd'hui évidente au Kirghizistan et en Ouzbékistan (voir Figure 6). On estime aujourd'hui qu'environ 1 million de personnes âgées de 15 à 49 ans vivent avec le VIH en Fédération de Russie (encore que diverses estimations émanant de ce pays situent ce chiffre entre 600 000 et 1,5 million).

Figure 6



Source : Programmes nationaux de lutte contre le SIDA (2002). Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport de fin d'année 2002. Données compilées par le Centre européen de surveillance épidémiologique du SIDA.

L'adoption très répandue chez les jeunes de comportements à risque – consommation de drogues injectables et rapports sexuels non protégés – contribue à la propagation de l'épidémie. Les jeunes sont particulièrement nombreux à s'adonner régulièrement

ou par intermittence à la consommation de drogues injectables ; la hausse de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, partout dans l'ex-Union Soviétique, en est l'indication. L'usage du préservatif est en général peu fréquent chez les jeunes, notamment chez ceux qui sont à haut risque de transmission du VIH en Europe orientale et en Asie centrale. Selon une enquête en Fédération de Russie, chez les 16-20 ans, ils sont un peu moins de 50% à utiliser les préservatifs lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Le pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant utiliser systématiquement le préservatif a rarement dépassé la barre des 50% ; chez les consommateurs de drogues injectables, un peu moins de 20% en moyenne déclarent utiliser systématiquement le préservatif.

L'épidémie est alimentée par des niveaux de comportements à risque toujours élevés – consommation de drogues injectables et, dans une moindre mesure, rapports sexuels non protégés – chez les jeunes.

Phénomène relativement nouveau dans ces pays, la consommation de drogues injectables s'est développée sur fond de changement social, d'inégalités grandissantes et de consolidation des réseaux transnationaux de trafic de drogue dans la région. D'après certaines estimations, la seule Fédération de Russie compterait 3 millions de consommateurs de drogues injectables, l'Ukraine plus de 600 000, et le Kazakhstan jusqu'à 200 000. (En Estonie et en Lettonie, il a été estimé que jusqu'à 1% de la population adulte s'injecte des drogues ; au Kirghizistan, ce pourcentage pourrait avoisiner 2%.) La plupart de ces consommateurs de drogues sont de sexe masculin, et beaucoup sont très jeunes – à Saint-Pétersbourg, des études ont montré que 30% d'entre eux avaient moins de 19 ans ; en Ukraine, 20% étaient encore adolescents. Une enquête portant sur la jeunesse moscovite de 15 à 18 ans a révélé que 12% des jeunes de sexe masculin avaient consommé des drogues injectables. Globalement, on estime que jusqu'à 25% des consommateurs de drogues injectables ont moins de 20 ans en Europe orientale et en Asie centrale. Et l'utilisation commune de matériel d'injection, de ce fait souillé, demeure la norme. En République de Moldova, par exemple, on estime à 80% le pourcentage des consommateurs de drogues qui utilisent en commun du matériel d'injection (souvent pour traduire une confiance vis-à-vis d'autres consommateurs) ; les données recueillies auprès d'un échantillon à Moscou ont montré que 75% des consommateurs de drogues avaient utilisé en commun du matériel d'injection au cours du mois écoulé.

Les jeunes dans cette région arrivent en tête des cas notifiés d'infection à VIH. En Ukraine, 25% des cas diagnostiqués d'infection à VIH concernent des moins de 20 ans; au Bélarus 60% ont entre 15 et 24 ans ; au Kazakhstan et au Kirghizistan, plus de 70% des personnes séropositives ont moins de 30 ans. En Fédération de Russie, 80% des cas d'infection à VIH dus à la consommation de drogues injectables sont constatés chez des jeunes de moins de 30 ans. Dans l'ensemble, plus de 80% des personnes qui sont séropositives dans cette région n'ont pas encore dépassé la trentaine, à la différence de ce qui se passe en Europe occidentale et aux Etats-Unis d'Amérique, où seulement 30% des cas déclarés concernent des jeunes de moins de 29 ans.

La prévalence du VIH continue de s'élever en Fédération de Russie, qui est toujours frappée par la pire épidémie de la région. Dès fin 2002, le total cumulé des diagnostics d'infection à VIH atteignait le chiffre de 229 000. Près d'un quart (50 400) de ce total a été ajouté pour la seule année 2002, signe que l'épidémie s'étend à une vitesse terrifiante. En outre, il est presque certain que ces cas notifiés donnent une idée bien en dessous de la réalité du nombre exact de personnes vivant avec le VIH.

La plupart des cas d'infection sont contractés par le biais de l'utilisation de matériel contaminé lors de l'injection de drogues, les jeunes hommes payant le plus lourd tribut à l'épidémie. Mais un autre schéma, frappant, se dégage clairement. Les femmes comptent pour un pourcentage croissant des nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués – 33% en 2002, contre 24% une année auparavant. Il en découle une montée en flèche de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Ces schémas sont tout particulièrement évidents dans les régions où

l'épidémie sévit depuis plusieurs années, comme à Kaliningrad (dans l'ouest du pays) et à Krasnodar (dans le sud-ouest). Ils annoncent le début d'une nouvelle phase de l'épidémie dans certaines parties du pays, où la transmission du virus par voie sexuelle gagne du terrain. Comme la plupart des consommateurs de drogues injectables sont jeunes et sexuellement actifs, une part importante des cas nouveaux d'infection est imputable à la transmission sexuelle (qui se produit souvent lorsque des consommateurs de drogues injectables ou leurs partenaires infectés par le VIH ont des rapports sexuels non protégés).

VIH/SIDA en matière de traitement et de soins ne sauraient être négligés plus longtemps.

L'Ukraine est confrontée pratiquement aux mêmes réalités (avec un total cumulé de plus de 52 000 personnes officiellement diagnostiquées séropositives à fin 2002), ainsi que le Bélarus (4 700 personnes diagnostiquées séropositives) et la République de Moldova (près de 1 700 cas d'infection à VIH notifiés) – pays tous confrontés à des épidémies comparativement plus anciennes. Si la majorité des cas d'infection à VIH apparaissent

On craint que des épidémies cachées n'apparaissent éventuellement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez d'autres groupes à haut risque d'infection.

chez les jeunes qui s'injectent des drogues (et chez leurs partenaires sexuel(le)s), il semblerait que ces épidémies commencent à se propager au-delà de leur cercle.

Bien qu'en progression régulière, l'épidémie de la Fédération de Russie en est encore à ses débuts. La présence du VIH a été détectée dans 88 entités territoriales sur les 89 que compte ce pays. Mais le virus ne se propage pas uniformément dans ce vaste pays. Dans certains endroits, tels que la région de Nijni-Novgorod, les interventions semblent avoir stabilisé les épidémies localisées. Mais, dans au moins 9 territoires, des épidémies graves sont en cours, et le virus s'est solidement implanté dans au moins 11 entités territoriales.

Ces schémas renvoient à la nécessité d'une riposte plus énergique et complète, de nature à réduire la vulnérabilité des jeunes, et à leur permettre de réduire la consommation de drogues injectables et les comportements risqués. Ceci implique un élargissement de l'accès à l'information, ainsi qu'aux outils et services de prévention. La stratégie du « moindre mal » occupe une place centrale dans une riposte complète de ce type, et il conviendrait de la développer rapidement afin de s'attaquer aux besoins des consommateurs de drogues injectables qui sont confrontés à un risque élevé et immédiat d'infection à VIH. Il conviendrait également d'accorder une attention spéciale à leurs partenaires sexuelles, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et aux jeunes femmes et hommes qui s'adonnent au commerce du sexe. La prévention de la transmission mère-enfant constitue une priorité urgente et nouvelle. Mais les besoins croissants des personnes vivant avec le

Si les nombres globaux de cas d'infection à VIH demeurent faibles, le VIH continue à se propager à une allure alarmante dans les Etats baltes. En Lettonie, le nombre total des cas d'infection à VIH diagnostiqués (2 300 en 2002) a quintuplé depuis 1999. Juste quatre ans auparavant, l'Estonie signalait 12 nouveaux cas d'infection à VIH ; en 2002, 899 nouveaux cas ont été diagnostiqués. La Lituanie suit le même chemin. Là-bas, 72 nouveaux cas d'infection à VIH ont été détectés en 2001 ; en 2002 il y en a eu cinq fois plus. La Lituanie semble confrontée à deux épidémies distinctes – l'une frappant principalement les consommateurs de drogues injectables dans les régions voisines de Kaliningrad (Russie), et l'autre se propageant à Vilnius parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les flambées de cas d'infection à VIH les plus récentes concernent l'Asie centrale, où les cas notifiés ont augmenté de façon exponentielle, passant de 88 en 1995 à 5 458 en 2002. Ceci est en partie dû à la montée en flèche des cas d'infection enregistrés au Kazakhstan, au Kirghizistan, et en Ouzbékistan. Le VIH s'étend à présent à toutes les régions du Kazakhstan, tandis que la majorité des cas signalés au Kirghizistan sont concentrés dans la région d'Osh, par où transite la drogue à destination des pays voisins. Les cinq républiques

d'Asie centrale étant à cheval sur les grands axes du trafic de drogues menant en Fédération de Russie et en Europe, il n'est donc pas étonnant que la majorité des cas d'infection soient liés à la consommation de drogues injectables. En réalité, dans certaines régions, l'héroïne serait moins chère que l'alcool. Comme ailleurs dans cette région, les jeunes sont les plus durement touchés, avec une vulnérabilité toute particulière pour ceux qui vivent en marge de l'économie. Au Kazakhstan, par exemple, trois quarts des gens diagnostiqués séropositifs étaient sans emploi.

Ces épidémies sont très récentes et peuvent être stoppées si l'on cible les efforts de prévention sur ceux qui sont actuellement les plus touchés – consommateurs de drogues injectables et professionnel(le)s du sexe – et si ces efforts sont renforcés par un travail de prévention auprès des jeunes en général. Dans certains cas, même les mesures de prévention les plus élémentaires attendent d'être mises en place – contrôle des dons de sang à la recherche du VIH. Le Tadjikistan, par exemple, n'aurait paraît-il pas contrôlé 40% des donneurs de sang en 2002.

Plus à l'ouest, le nombre de nouveaux cas notifiés reste stable (à environ 500-600 par an) en Pologne depuis le milieu des années 1990 ; la Hongrie, la République tchèque et la Slovénie connaissent le même cas de figure depuis la fin des années 1990. Toutefois, dans certaines partie d'Europe du sud-est (notamment les pays sortant de périodes de conflits et de transition difficile), la consommation de drogues injectables et les comportements à risque semblent sur la pente ascendante – ce qui fait craindre d'éventuelles flambées d'infection à VIH, à moins de mettre en place rapidement des mesures de prévention.

Les données actuelles se rapportent seulement aux personnes qui font le test VIH ; or tous les groupes potentiellement affectés ne sont pas testés. En conséquence, les données reflètent la situation au niveau de ces personnes et groupes (principalement les consommateurs de drogues injectables) qui entrent en contact avec les programmes de dépistage du VIH. Il est à craindre que des épidémies cachées n'apparaissent chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui subissent une discrimination prononcée dans toute cette région. Des réseaux importants d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été recensés en Asie centrale, au Bélarus et en Ukraine, et l'épidémie importante en Lituanie se borne au moins en partie aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; et des épidémies potentiellement naissantes en Croatie et en Slovénie semblent suivre un schéma identique. Certaines enquêtes menées auparavant sur le comportement sexuel en Fédération de Russie et en Ukraine ont montré des pourcentages élevés de rapports sexuels non protégés dans la première moitié des années 1990 ; par ailleurs, une étude effectuée en 2000 en Fédération de Russie a conduit à penser que les comportements à haut risque ont persisté au sein des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Un nombre croissant de pays de la région commence à s'attaquer au problème du VIH/SIDA. L'épidémie figure désormais à l'ordre du jour des sommets des chefs d'Etat et de gouvernement de la Communauté des Etats Indépendants. Egalement, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que d'autres regroupements de membres de la société civile se font de plus en plus entendre et instaurent des partenariats avec les gouvernements du Bélarus, du Kazakhstan, de Roumanie et d'Ukraine. En Fédération de Russie, un nouveau conseil consultatif sur le VIH/SIDA a réuni, pour la première fois, les secteurs gouvernementaux, et les organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces toutes dernières avancées sont étayées par une intensification de l'aide internationale dans le domaine du VIH/SIDA, qui est six fois plus importante depuis fin 2001 dans l'ensemble de la région (grâce, en partie, au financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, de la Banque mondiale et d'autres grands donateurs bilatéraux). La fourniture de traitement et de soins à 1,5 million de personnes vivant avec le VIH/SIDA est également à l'ordre du jour dans toute la région. Ces avancées s'accompagnent toutefois de la nécessité croissante de fournir un soutien technique en matière de gestion des ressources, et de suivi et d'évaluation.

ASIE ET PACIFIQUE

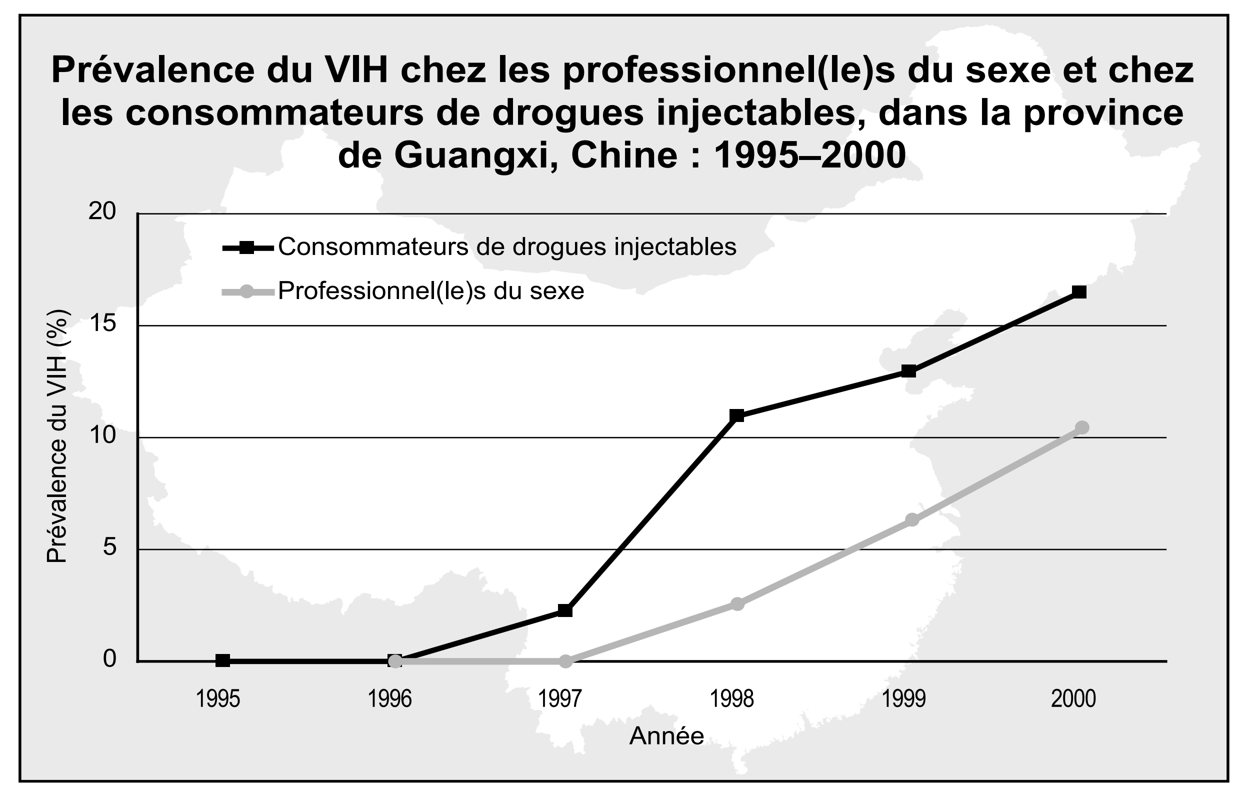
L'épidémie gagne des régions et des pays jusqu'à présent pratiquement ou totalement indemnes du VIH – notamment la Chine, l'Indonésie et le Viet Nam (regroupant plus de 1,5 milliard de personnes).

Plus d'un million de personnes en Asie et dans le Pacifique ont contracté le VIH en 2003, ce qui porte à 7,4 millions le nombre estimé de personnes vivant avec le virus. Selon une estimation, 500 000 autres personnes seraient décédées du SIDA en 2003.

La prévalence nationale de l'infection à VIH chez l'adulte demeure inférieure à 1% dans la majorité des pays de cette région. Ce chiffre, cependant, peut être trompeur. Plusieurs pays de la région sont si vastes et si peuplés que les globalisations nationales peuvent occulter des épidémies graves dans certaines provinces ou certains Etats. Bien que la prévalence nationale du VIH chez l'adulte en Inde, par exemple, soit inférieure à 1%, cinq Etats ont une prévalence estimée qui dépasse 1% chez l'adulte. En outre, il y a de plus en plus de signes alarmants laissant entrevoir la menace de graves flambées de VIH dans plusieurs pays. La consommation de drogues injectables et le commerce du sexe sont si répandus dans certaines régions que même les pays ayant actuellement de faibles taux d'infection pourraient assister à l'apparition soudaine d'une épidémie.

Dans certaines régions de Chine, par exemple, des taux élevés de prévalence du VIH ont été constatés chez les consommateurs de drogues injectables – 35%-80% dans le Xinjiang et 20% dans le

Figure 7



Source : Rapports de la surveillance sentinelle, Centre national de surveillance du VIH/SIDA

Guangdong ; et une épidémie grave de VIH sévit dans des communautés où des pratiques non sûres de collecte de sang ont eu cours dans les années 1990 (voir Figure 7). Les éléments de preuve disponibles portent à croire que la consommation de drogues injectables s'accroît (avec une forte proportion de consommateurs de drogues utilisant des aiguilles et des seringues contaminées), et que l'usage du préservatif est très peu répandu chez les professionnel(le)s du sexe et au sein d'autres groupes vulnérables, tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En somme, cette prévalence nationale du VIH peu élevée masque le fait que des épidémies graves, concentrées, sont en marche depuis plusieurs années dans certaines régions (Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Sichuan, Henan et Guangdong) et qu'elles sont appelées à éclater dans plusieurs autres. L'épidémie s'est étendue à 31 provinces (régions autonomes et municipalités) et le nombre des cas notifiés de VIH/SIDA a nettement augmenté ces dernières années.

Trois pays asiatiques ont déjà dû affronter des épidémies graves sévissant à l'échelle de la nation : le Cambodge, le Myanmar et la Thaïlande. On attend de voir si les efforts de prévention à l'état naissant au Myanmar vont permettre de limiter la prévalence du VIH aux 1-2% notifiés chez les 15-24 ans dans les zones urbaines. Quant au Cambodge, sa prévalence nationale du VIH chez l'adulte s'est stabilisée à environ 3% depuis 1997, grâce aux efforts résolument déployés pour tenir l'épidémie en échec. La séroprévalence semble avoir nettement chuté chez les professionnel(le)s du sexe travaillant dans les maisons de passe – tombant de 43% en 1998 à 29% en 2002 – et au sein de la police urbaine, en grande partie grâce au programme énergique de promotion de l'usage du préservatif, soutenu par le gouvernement et les organisations non gouvernementales. Le Ministère de la Santé du Cambodge a récemment estimé que ce pays aurait enregistré trois fois plus de cas d'infection à VIH s'il n'avait pas mis en place cette riposte.

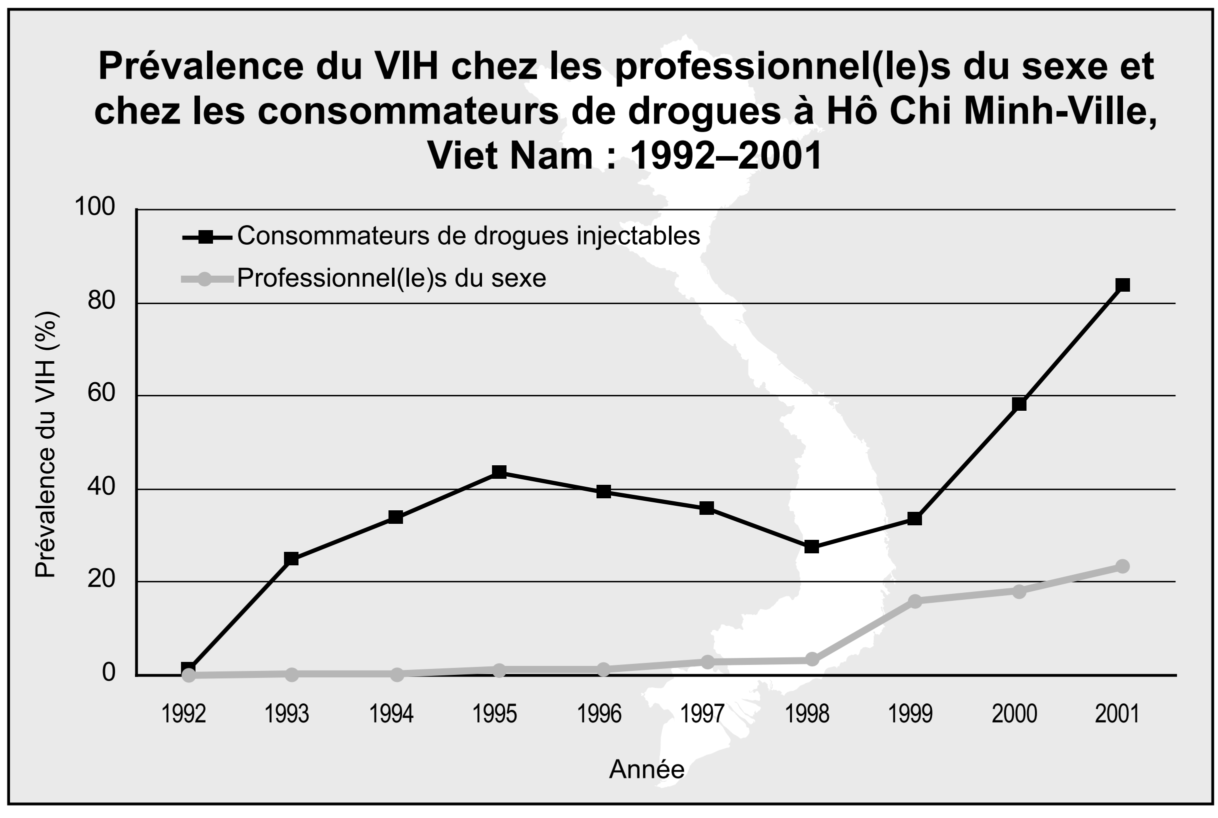
Grâce à son programme pour l'usage systématique du préservatif, la Thaïlande a enrayé l'épidémie galopante qui a sévi dans les années 1990 ; en 2002, la prévalence nationale du VIH tournait autour de 2%, et la prévalence chez les appelés âgés de 21 ans était tombée en dessous de 1% (elle atteignait 4% au milieu des années 1990). Tant au Cambodge qu'en Thaïlande, deux avancées majeures sont à l'origine d'un tel revirement : dans le cadre du commerce du sexe, l'usage du préservatif s'est développé, et les hommes ont moins fréquemment eu recours aux services des professionnel(le)s du sexe. Une analyse porte à croire, cependant, que la transmission du VIH entre conjoints est à l'origine d'un nombre accru de cas nouveaux d'infection – rappelant qu'il est insuffisant de cibler seulement les groupes vulnérables.

La plupart de ces épidémies nouvellement apparues sont liées à la consommation de drogues injectables, avec comme autre filière de propagation du VIH le commerce du sexe.

Cas de figure inhabituel dans la région, la consommation de drogues injectables joue un rôle minime dans la propagation de l'épidémie au Cambodge – à la différence de nombreux autres pays de la région, notamment la Thaïlande où les efforts visant à limiter la transmission du VIH par le biais de la consommation de drogues injectables semblent être à la traîne. A moins de redresser cette situation, le pays pourrait bien connaître une résurgence de l'épidémie. La consommation de drogues injectables pourrait devenir le mode principal de transmission, les consommateurs de drogues se passant le virus les uns aux autres, puis à leurs partenaires sexuel(le)s et à leurs enfants.

Bien qu'épargné à ce jour, le Viet Nam est pourtant confronté à l'éventualité d'une épidémie grave (voir Figure 8). L'estimation la plus récente fixait la prévalence nationale du VIH bien en dessous de 1%, mais des flambées se produisent déjà chez les consommateurs de drogues injectables. Selon des estimations officielles, 65% des cas d'infection à VIH au Viet Nam apparaissent chez les consommateurs de drogues ; l'usage de matériel d'injection contaminé est à l'origine de la transmission. La surveillance sentinelle en 2002 a constaté que plus de 20% des consommateurs de drogues injectables dans la plupart des provinces étaient séropositifs. Déjà, l'épidémie donne des signes de propagation aux autres populations vulnérables. Des taux de prévalence du VIH de 11% et de 24% ont été détectés parmi

Figure 8



Source : Rapports de la surveillance sentinelle, Bureau national de lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé publique, 1992-2001

les professionnel(le)s du sexe à Can Tho et Hô Chi Minh-Ville, respectivement. Certes on pense que bon nombre de professionnel(le)s du sexe s'injectent de la drogue ; toutefois de plus en plus d'éléments prouvent que cette poussée des cas d'infection est maintenant également imputable à la transmission sexuelle. Ces faits ne se limitent pas au sud ; la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe atteignait 15% à Hanoi et 8% à Haiphong en 2002.

Le Viet Nam a un double défi à relever d'urgence. En mettant en place des programmes de prévention du VIH, il peut limiter la propagation du VIH par le biais de la consommation de drogues injectables – protégeant ainsi non seulement les consommateurs de drogues, mais également leurs partenaires sexuel(le)s et, dans le cas des consommatrices de drogues, leurs enfants. Il doit également agir rapidement pour prendre de vitesse une propagation soudaine et potentiellement massive au sein de la population générale par le biais du commerce du sexe. La recherche porte à croire qu'une proportion importante d'hommes paient pour des services sexuels dans les zones urbaines. Au fur et à mesure de la libéralisation de la société vietnamienne et de la migration des zones rurales vers les zones urbaines, cette proportion risque fort d'augmenter.

Déjà frappé par une épidémie plus grave, le Myanmar n'a guère de temps à perdre. La consommation de drogues injectables ainsi que le commerce du sexe sont à l'origine de la plupart des cas d'infection à VIH, et des rapports indiquent que les travailleurs migrants (en particulier les bûcherons et les ouvriers des mines de pierres précieuses) sont en passe de devenir une filière majeure de propagation du virus à la population générale. L'ONUSIDA a aidé à rassembler un fonds spécial pour lutter contre l'épidémie au cours des trois prochaines années, mais des améliorations importantes sont à apporter impérativement au système délabré de santé publique. A ce jour, seules des activités fragmentaires ont été entreprises ; la mise en place d'une riposte nationale coordonnée constitue aujourd'hui une priorité absolue si l'on veut freiner la transmission du VIH par le biais du commerce du sexe et de la consommation de drogues injectables.

Les signes d'alerte ne diminuent pas non plus en Indonésie. Le marketing social du préservatif ainsi que les campagnes de sensibilisation au SIDA

s'intensifient depuis la fin des années 1990, mais l'usage du préservatif demeure faible, même dans le cadre du commerce du sexe. On estime que moins de 10% des 7-10 millions d'hommes indonésiens qui fréquentent les professionnel(le)s du sexe utilisent systématiquement le préservatif. En 2002, à peu près le même pourcentage de professionnel(le)s du sexe de Jakarta ont déclaré toujours utiliser le préservatif lors d'actes sexuels pratiqués contre rémunération. Il n'est donc pas étonnant que la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe suive une courbe régulièrement ascendante dans des provinces largement rurales (Kalimantan et Papouasie, par exemple), ainsi que dans des régions en plein essor industriel comme Riau.

La consommation de drogues injectables est toutefois le principal moteur de l'épidémie en Indonésie. Il a été constaté que plus de 90% des consommateurs de drogues injectables dans trois grandes villes utilisent du matériel d'injection non stérilisé ; et dans l'une de ces villes, le pourcentage de ces consommateurs de drogues ayant eu des rapports sexuels non protégés avec des professionnel(le)s du sexe atteignait 70%. Les consommateurs de drogues injectables sont régulièrement arrêtés et ils passent du temps en prison – environnement où les comportements à risque sont courants. Le potentiel de transmission rapide du VIH à d'autres populations vulnérables ainsi qu'à l'ensemble de la population est conséquent.

La région de Papouasie en Indonésie (Irian Jaya) partage une île avec la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Tant cette partie indonésienne que la Papouasie Nouvelle-Guinée ont une prévalence élevée du VIH chez les professionnel(le)s du sexe. En ce qui concerne l'Indonésie, le taux le plus élevé est apparemment observé chez les professionnel(le)s du sexe de ce pays : dans la ville de Sorong, la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe atteignait 17% en 2002. De l'autre côté de la frontière, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, seulement 15% des professionnelles du sexe déclarent utiliser systématiquement le préservatif, et la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe a atteint les 17%. En fait, la Papouasie-Nouvelle-Guinée détient le plus fort taux notifié de cas d'infection à VIH dans le Pacifique, avec une prévalence du VIH estimée à près de 1% chez les femmes enceintes en consultations prénatales à Port Moresby. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a une politique nationale relative au VIH/SIDA depuis 1989, mais ces récents développements attirent l'attention sur la nécessité pressante de renforcer les efforts de prévention.

Concernant les épidémies plus anciennes, comme au Cambodge et en Thaïlande, on observe aujourd'hui une propagation importante du VIH par le biais de personnes ayant un comportement à haut risque, qui transmettent le virus à leurs partenaires sexuel(le)s.

Le tableau du VIH/SIDA en **Asie du Sud** est toujours dominé par l'épidémie qui sévit en Inde où, à l'échelle nationale, entre 3,82 et 4,58 millions de personnes étaient infectées à la fin de 2002. Au cours de l'année passée, 300 000 personnes au moins ont contracté le VIH, et des épidémies graves sont en marche dans plusieurs Etats – notamment le Maharashtra et le Tamil Nadu (où une prévalence du VIH supérieure à 50% a été constatée chez les professionnel(le)s du sexe dans plusieurs villes) et le Manipur (avec une prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables entre 60% et 75%). Selon l'Organisation nationale de lutte contre le SIDA (NACO) de l'Inde, le VIH/SIDA ne sévit pas seulement chez les groupes vulnérables ou dans les régions urbaines ; il gagne progressivement les régions rurales et l'ensemble de la population. Dans des Etats tels que l'Andhara Pradesh, le Karnataka, le Maharashtra, le Manipur et le Nagaland, les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes ont franchi la barre des 1% ; au Gujarat et à Goa, la prévalence du VIH au sein des populations ayant un comportement à haut risque est supérieure à 5% (toutefois en dessous de 1% chez les femmes enceintes). Il faut déplorer l'insuffisance des données concernant la propagation du VIH à l'intérieur des terres vastes et peuplées de l'Uttar Pradesh et d'autres Etats du nord de l'Inde, où la surveillance actuelle du VIH fournit une image incomplète de l'épidémie. Ailleurs, au Maharashtra et au Tamil Nadu, des efforts de prévention semblent porter quelques fruits, mais il s'agit d'exemples localisés qui ne sauraient apporter la preuve convaincante d'un fléchissement

de l'épidémie à l'échelle de l'Etat, encore moins à l'échelle du pays tout entier.

Au Bangladesh et au Népal, pays voisins, la prévalence nationale du VIH est restée inférieure à 1%, mais les comportements risqués adoptés par certaines parties de la population sont si courants qu'il faut s'attendre à voir éclater un jour ou l'autre des épidémie plus massives. Dans la capitale népalaise, Katmandou, les épidémies de VIH sévissent principalement chez les consommateurs de drogues injectables et chez les professionnel(le)s du sexe, des jeunes pour la plupart. Chez les consommateurs de drogues injectables, une prévalence du VIH atteignant 68% a été détectée ces dernières années ; chez les professionnel(le)s du sexe, la prévalence tourne autour de 17%.

Les jeunes sont au centre du problème du SIDA au Népal. Des études laissent à penser que leurs connaissances en matière de VIH/SIDA sont assez bonnes ; il n'empêche qu'ils restent exposés au VIH. L'activité sexuelle commence précocement (près d'un adolescent népalais de 15 ans sur cinq a déjà eu des rapports sexuels) et l'usage du préservatif est très faible. Des études récentes menées à petite échelle ont révélé que les rapports sexuels entre hommes sont relativement courants, en particulier à Katmandou. Les rapports sexuels non protégés entre hommes, et entre ces hommes et leurs partenaires féminines, sont la norme.

Le Bangladesh pose un problème aussi grand, bien que le VIH ne manifeste sa présence que timidement actuellement (même au sein des populations vulnérables). Près de la moitié de la population a moins de 15 ans, et les comportements risqués – notamment, forte utilisation de matériel non stérilisé pour l'injection de drogues, commerce du sexe florissant et pratiques de transfusion sanguine non sûres – sont très répandus. Et ces activités impliquent souvent les mêmes personnes : bon nombre de professionnel(le)s du sexe s'injectent des drogues, les consommateurs de drogues injectables fréquentent souvent les professionnel(le)s du sexe ; et certaines études indiquent que ces personnes souvent vendent leur sang. L'usage du préservatif est quasi inexistant. Dans la partie centrale du Bangladesh, plus de 90% des professionnel(le)s du sexe n'utilisent pas le préservatif ; ailleurs dans le pays, presque tous/toutes les professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir eu au moins occasionnellement des rapports sexuels sans préservatif. En même temps, il est estimé que plus de 90% des consommateurs de drogues injectables sont exposés à du matériel d'injection contaminé. En outre, la connaissance du SIDA est faible : seulement environ 65% des jeunes et moins de 20% des femmes mariées et 33% des hommes mariés ont entendu parler du SIDA. Il existe donc un potentiel très élevé de transmission rapide du VIH. D'après les données de surveillance les plus récentes, jusqu'à 4% des consommateurs de drogues injectables dans le centre du Bangladesh ont été constatés séropositifs au VIH – contre environ 1% d'après les séries de données des années précédentes.

Le Bangladesh et le Népal ont d'énormes possibilités pour prévenir un assaut incontrôlable de leur épidémie. Le Bangladesh a mis en place une stratégie nationale intégrée de lutte contre le SIDA qui prend également appui sur les efforts d'un réseau d'organisations non gouvernementales couvrant l'ensemble du pays ; mais certaines mesures essentielles doivent encore être prises, et notamment la mise en place d'un contrôle des dons de sang plus exhaustif dans les hôpitaux.

Les quelques rapports de surveillance du VIH disponibles au Pakistan laissent penser que la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables ainsi que chez les professionnel(le)s du sexe est faible (se situant entre 0% et 11,5%), avec une prévalence médiane de 0%. Toutefois, un nombre croissant des quelque 3 millions de consommateurs d'héroïne au Pakistan ont commencé à s'injecter la drogue depuis la fin des années 1990. Une étude récente auprès des consommateurs de drogues à Quetta a montré que 55% des consommateurs de drogues injectables avaient utilisé du matériel d'injection non stérilisé, et à peu près la même proportion avaient eu des rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe. Seulement 4% avaient utilisé le préservatif, et seulement 16% des consommateurs de drogues avaient entendu parler du SIDA.

AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES

La prévalence nationale du VIH a atteint ou dépasse 1% dans 12 pays, tous situés dans le Bassin des Caraïbes.

Plus de 2 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH en Amérique latine et aux Caraïbes, en incluant le nombre estimé de 200 000 personnes ayant contracté ce virus l'année passée. Au moins 100 000 personnes sont mortes du SIDA au cours de la même période – soit le plus fort tribut régional payé à la maladie, derrière l'Afrique subsaharienne et l'Asie.

Le VIH/SIDA est bien implanté dans cette région, avec une prévalence nationale du VIH d'au moins 1% dans 12 pays – tous situés dans le Bassin des Caraïbes. Les estimations nationales les plus récentes ont montré une prévalence du VIH chez les femmes enceintes atteignant ou dépassant 2% dans six de ces pays : Bahamas, Belize, Guyana, Haïti, République dominicaine, et Trinité-et-Tobago. Par contre, la plupart des autres pays de la région ont des épidémies très concentrées, notamment en Amérique du Sud où le Brésil (pays de loin le plus peuplé de toute la région) regroupe la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH dans cette région.

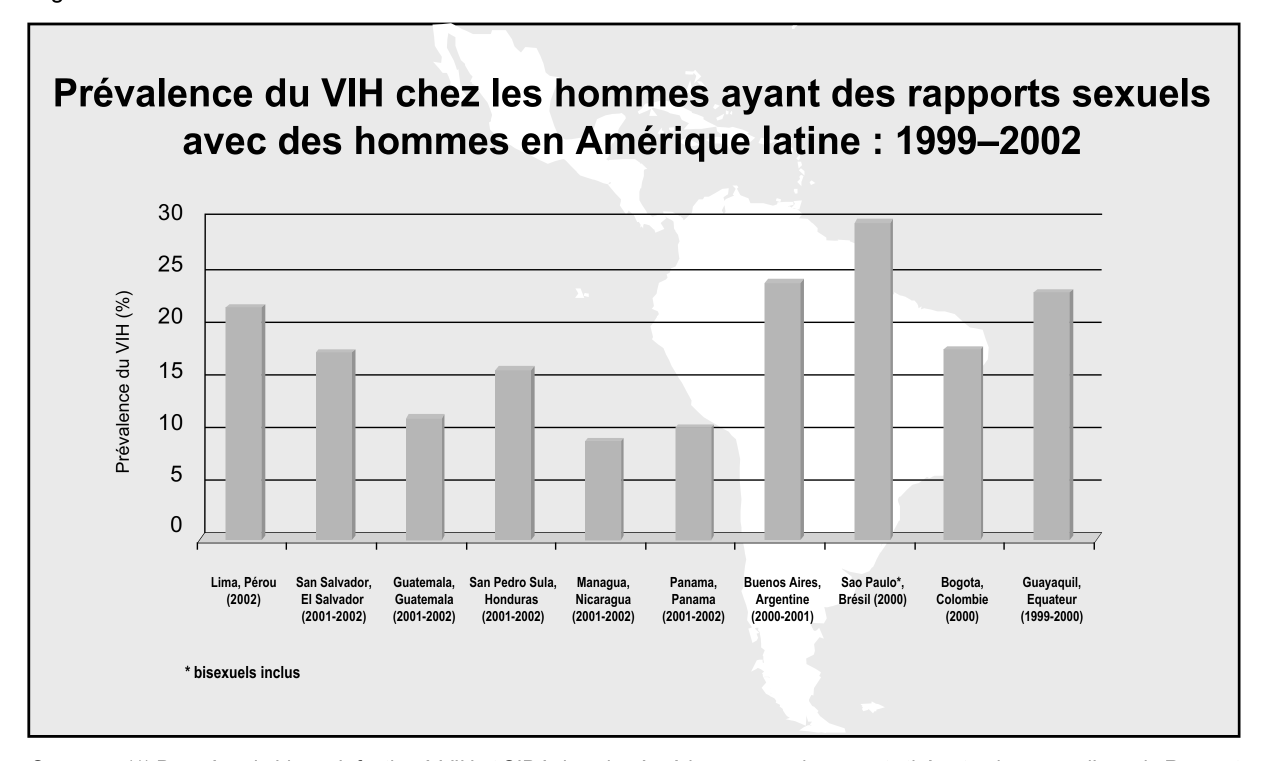
Des tableaux épidémiologiques caractéristiques sont observés dans cette région. Tous les modes majeurs de transmission coexistent dans la plupart des pays, au milieu de niveaux élevés de comportements à risque – activité sexuelle précoce, rapports sexuels non protégés avec de multiples partenaires et usage de matériel d'injection de drogues non stérilisé. Dans la majorité des pays sud-américains, le VIH se transmet principalement par le biais de la consommation de drogues injectables et des rapports sexuels entre hommes (avec une incidence conséquente de la transmission hétérosexuelle aux autres partenaires sexuel(le)s). Aux Caraïbes, la transmission hétérosexuelle prédomine (et, dans de nombreux cas, elle est associée au commerce du sexe), encore qu'en Haïti, l'épidémie dont la gravité persiste est à présent bien installée au sein de la population générale. A noter l'exception de Porto Rico, où la consommation de drogues injectables semble être le moteur principal de l'épidémie.

Deux des épidémies les plus graves de la région sévissent sur l'île d'Hispaniola – en Haïti et en République dominicaine. Les Haïtiens, qui enregistrent les indicateurs de santé et de développement les plus bas de toute la région, voient leur situation empirer considérablement à cause de l'épidémie de SIDA, qui tue un nombre estimé de 30 000 personnes par an, et qui a fait quelque 200 000 orphelins. La prévalence nationale du VIH en Haïti est restée à 5-6% depuis la fin des années 1980. Les facteurs contribuant à cette apparente stabilisation de la prévalence nationale du VIH ne sont pas clairs ; à noter toutefois que la surveillance sentinelle a montré que les taux de prévalence du VIH sont extrêmement variables (allant de 13% dans le nord-ouest à 2-3% dans le sud le long de la frontière avec la République dominicaine). Avec environ 60% de la population âgée de moins de 24 ans, il existe un potentiel élevé de relance de l'épidémie en Haïti, où prédomine la transmission hétérosexuelle. L'usage du préservatif est très faible chez les jeunes ; il semblerait pourtant que la connaissance du VIH/SIDA soit comparativement élevée (plus chez les hommes que chez les femmes, cependant).

Les rapports sexuels entre hommes représentent un élément important, mais dont on tient peu compte, de l'épidémie en Amérique latine.

Plus à l'est, en République dominicaine, les efforts de prévention de ces dernières années semblent avoir stabilisé la prévalence du VIH chez les 15-24 ans

Figure 9



Sources : (1) Données de Lima : Infection à VIH et SIDA dans les Amériques : enseignements tirés et enjeux pour l'avenir. Rapport provisoire MAP/EpiNet, 2003. (2) Données des villes de San Salvador, Guatemala, San Pedro Sula, Managua et Panama : étude multicentrique des prévalences du VIH et des MST et des schémas socio-comportementaux, PASCA/USAID. (3) Données de Buenos Aires : Avila M, Vignoles M, Maulen S, et al., Séroincidence du VIH au sein d'une population d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de Buenos Aires, Argentine. (4) Données de Sao Paulo : Grandi J, Oliveria L, Orival, et al., Busca Ativa de DST em Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA. (5) Données de Bogota : MS/INS/LCLCS/NMRCD, étude 2000. (6) Données de Guayaquil : Guevara J, Suarez P, Albuja C, et al., Seroprevalencia de infeccion por VIH e Grupos de Riesgo en Ecuador. Revista medical del Vozandes. Vol 14, No 1:7-10, 2002.

dans la capitale Saint-Domingue. La prévalence du VIH, qui avait atteint 3% en 1995 chez les femmes enceintes dans ce groupe d'âge, est descendue en dessous de 1%. L'usage accru du préservatif et la réduction du nombre de partenaires sexuel(le)s semblent à l'origine de cette baisse. Toutefois, la situation apparaît différente dans certaines autres villes, où une prévalence du VIH atteignant 12% a été mesurée chez les professionnelles du sexe, attirant l'attention sur la nécessité d'élargir et de maintenir les efforts de prévention. En outre, on sait peu de choses sur le schéma du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – facette potentiellement importante de l'épidémie dans ce pays.

En Amérique centrale, la prévalence nationale du VIH tourne autour de 1% au Guatemala, au Honduras et au Panama. De nouvelles données issues d'une étude internationale sur la prévalence du VIH montrent que la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe est très variable – allant de moins de 1% au Nicaragua, 2% au Panama, 4% en El Salvador, et 5% au Guatemala, à plus de 10% au Honduras. Il a été constaté que la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était uniformément élevée dans ces pays – se situant entre 9% au Nicaragua et 18% en El Salvador (voir Figure 9). Ces constatations soulignent la nécessité d'investir davantage de ressources et d'efforts dans la lutte contre les épidémies sévissant chez les professionnel(le)s du sexe et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

En Colombie et au Pérou, la propagation du VIH est particulièrement prononcée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une prévalence du VIH de 18% a été récemment signalée au sein de ce groupe de population à Bogota ; une autre enquête dans cette même ville a révélé un pourcentage très faible d'utilisation systématique du préservatif au sein de ce groupe. Un projecteur est braqué sur le potentiel considérable de transmission du VIH des hommes ayant des rapports sexuels entre eux à leurs partenaires féminines, et aux enfants. Des études provenant du Pérou corroborent cette crainte. Une prévalence du VIH de 22% a été mesurée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (en hausse par rapport

aux 18% de 1998) dans la ville de Lima, où 1 homme sur 10 a déclaré avoir des rapports sexuels avec des hommes (et, sur ce nombre, presque 9 sur 10 ont déclaré qu'ils avaient aussi des rapports sexuels avec des femmes). L'usage systématique du préservatif était apparemment une exception rare, en particulier lors des rapports hétérosexuels.

Bien que l'épidémie du Brésil se soit propagée des grandes agglomérations aux municipalités de plus petite taille dans la majeure partie du pays, la prévalence médiane chez les femmes enceintes en consultations prénatales est restée en dessous de 1% avec peu de variations au cours des cinq dernières années. Il faut y voir en partie un témoignage de l'efficacité des programmes de prévention mis en place depuis les années 1990, notamment les efforts pour élargir la couverture de la stratégie du « moindre mal » et d'autres programmes de prévention parmi les groupes vulnérables (et, en outre, un programme actif et réussi pour traiter les personnes infectées par le VIH). Toutefois, le Brésil ne saurait s'endormir sur ses lauriers. Des taux de prévalence de 3-6% ont été mesurés au Rio Grande do Sul chez les femmes qui ne bénéficient que rarement d'un accès au système de santé publique. Il est à craindre que des épidémies graves ne soient en marche dans certaines communautés privées de l'exercice de leurs droits civiques. Le Ministère de la Santé de ce pays a lancé à présent une initiative pour recruter, tester et (s'il y a lieu) traiter les femmes enceintes qui n'ont pas régulièrement accès aux consultations prénatales.

L'épidémie ne sera pas enrayée tant que les pays n'accepteront pas certaines réalités cachées mais très répandues, à savoir : la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels entre hommes. La stigmatisation et le déni par rapport à ces comportements ne peuvent qu'alimenter les épidémies silencieuses qui couvent dans cette région. On ne dispose pas actuellement de l'information suffisante concernant les groupes vulnérables qui puisse guider le travail de programmation dans le domaine du VIH/SIDA. Une amélioration des données de la surveillance épidémiologique et comportementale, assortie d'une plus forte mobilisation sociale et politique autour du SIDA, donnerait un coup d'accélérateur à la mise en place de ripostes cadrant avec les réalités de l'épidémie.

La riposte dans cette région s'est intensifiée au cours de l'année écoulée, en particulier dans les pays les plus durement touchés. La proportion de patients qui ont besoin d'un traitement antirétroviral et qui en bénéficient est extrêmement variable ; dans certains pays, les besoins sont couverts à moins de 25% ; dans d'autres, ils le sont à plus de 75%. Globalement, il a été estimé que le traitement antirétroviral est offert à environ la moitié des patients de la région qui en ont besoin. Mais plusieurs initiatives sous-régionales laissent entrevoir la perspective d'un élargissement de l'accès au traitement dans certains pays, notamment les Bahamas, la Barbade et le Honduras.

Récemment, les ripostes au SIDA ont été renforcées dans de nombreux pays, mais il est à craindre que l'instabilité sociale qui règne dans certaines parties de la région ne compromette la mise en œuvre de ces programmes.

Plusieurs pays ont augmenté leur budget national pour le VIH/SIDA ; les pays d'Amérique centrale et des Caraïbes ont vu les ressources extérieures pour le SIDA pratiquement quadrupler par rapport aux trois années précédentes. Les partenariats se consolident également, notamment ceux rassemblés sous la responsabilité du Groupe de coopération technique horizontale (en Amérique latine) et du Partenariat Pan-Caraïbe.

La stigmatisation et la discrimination demeurent un obstacle majeur, cependant. Une analyse récente des dépenses pour le SIDA (réalisée par le projet SIDALAC, avec l'appui de l'ONUSIDA), par exemple, a montré que l'investissement dans les activités de prévention et de soins destinées aux populations les plus vulnérables (telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les professionnel(le)s du sexe) n'est toujours pas à la mesure de l'importance de leur rôle dans l'épidémie. La discrimination est apparemment la cause majeure de cet état de fait.

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

La prévalence du VIH dans cette région reste très faible, à l'exception de la partie australe du Soudan, et des récentes flambées chez les consommateurs de drogues injectables dans certains pays.

Les dernières estimations ne corroborent pas l'impression selon laquelle cette région aurait esquivé l'épidémie mondiale de VIH ; elles indiquent que 55 000 personnes ont contracté l'infection à VIH l'année passée, ce qui porte à 600 000 le total des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Le SIDA a tué 45 000 autres personnes en 2003. Il existe un potentiel énorme d'augmentation massive du nombre des cas d'infection à VIH dans cette région.

Le Soudan est actuellement et de loin le pays le plus gravement touché – en particulier la partie sud, où une épidémie imputable principalement à la transmission hétérosexuelle est bien en cours. Les données disponibles indiquent une prévalence nationale du VIH chez l'adulte supérieure à 2%, mais le conflit entrave les activités de surveillance de l'épidémie et la mise en place d'une riposte potentiellement efficace. La dernière série de données de surveillance a montré que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 6 à 8 fois supérieure dans la partie sud du Soudan, par rapport à Khartoum.

Dans la plupart des autres pays de cette région, la propagation du VIH est apparemment naissante, encore que les maigres données de surveillance disponibles dans plusieurs pays portent à croire que des flambées graves chez certaines populations (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les consommateurs de drogues injectables) ont peut-être échappé à la vigilance.

Il semble également y avoir une circulation importante de personnes séropositives entre certains pays. Plus de la moitié des cas de séropositivité officiellement déclarés en Tunisie, par exemple, correspondraient à des personnes ayant passé la frontière en provenance de Libye pour bénéficier d'un traitement antirétroviral et/ou de cures de désintoxication de la drogue. (La Tunisie offre le traitement antirétroviral gratuit et universel depuis le début de ce siècle.)

L'épidémie menace de se propager par différents biais dans cette région, notamment par celui des transfusions sanguines et des collectes de sang. Les précautions universelles et le contrôle des dons de sang ont permis de réduire grandement les risques de transmission dans les structures sanitaires de la plupart des pays, mais la transmission du VIH par le biais du sang et des produits sanguins reste un danger potentiellement important dans certains.

L'augmentation des cas d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables est également préoccupante, en particulier au Bahreïn, en Libye et en Iran ; des cas d'infection imputables à ce même mode de transmission ont été signalés en Algérie, en Egypte, au Koweït, en Oman et en Tunisie. La plupart des cas d'infection à VIH survenant en Iran semblent être associés à la consommation de drogues injectables et de sérieux niveaux d'infection à VIH ont été notifiés au sein des structures pénitentiaires de ce pays. La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables dans 10 prisons iraniennes a atteint 63%. Il a été estimé que l'Iran pourrait bien abriter non moins de 200 000 consommateurs de drogues injectables, des hommes pour la plupart. Une étude réalisée auparavant en Iran avait révélé qu'environ la moitié des consommateurs de drogues étaient mariés, et un tiers avaient déclaré avoir des rapports sexuels hors mariage, portant à croire à l'existence d'un potentiel de transmission hétérosexuelle secondaire. A ce jour, l'épidémie de

VIH sévissant chez les adultes en Libye a été véhiculée par la consommation de drogues injectables, avec 90% de l'ensemble des cas connus d'infection se déclarant chez les consommateurs de drogues injectables. Dans l'unique structure de traitement de la toxicomanie en Libye, 49% de l'ensemble des nouveaux patients ont été constatés séropositifs ces trois dernières années.

Plusieurs autres groupes vulnérables sont confrontés à un risque accru d'infection à VIH dans la région, notamment les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Un récent rapport émanant du Yémen, par exemple, donne à penser que 7% des professionnel(le)s du sexe sont séropositif(ve)s. Des études plus approfondies sont nécessaires pour examiner les réalités du commerce du sexe à travers la région, en particulier celui qui se pratique à partir de la rue, et leur contribution éventuelle à la propagation du VIH, d'abord chez les professionnelles du sexe et leurs clients, puis aux femmes des clients et aux enfants.

On dispose de très peu d'informations concernant la transmission du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans cette région, et ce manque d'information est en grande partie dû à la stigmatisation rattachée aux rapports sexuels entre hommes. L'Egypte est l'un des rares pays à avoir surveillé la transmission du VIH au sein des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels entre eux, chez qui la prévalence du VIH semble avoir tourné autour de 1% au début de ce siècle. La proportion notifiée des cas de SIDA concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était de 21% en 2000. Une étude de l'épidémiologie du VIH au Maroc a de la même façon constaté que la transmission sexuelle entre hommes était à l'origine de plus de 7% du total cumulé des cas d'infection à VIH au cours de la décennie précédente.

Les données actualisées de surveillance et comportementales sont minces ; toutefois des mesures sont actuellement prises dans une grande partie de la région pour remédier à cette situation. Il faut rapidement mettre en place une action de prévention énergique à travers la région, conçue à l'intention des groupes vulnérables, et des groupes qui pourraient bien être pris dans la prochaine vague de propagation du VIH (travailleurs migrants, réfugiés et personnes déplacées, agents de transport routier, touristes, et jeunes en général). Actuellement, toutefois, même les activités les plus élémentaires telles que la promotion du préservatif sont en grande partie absentes de la région. Pourtant il existe des exceptions encourageantes au tableau général, apparemment marqué par un refus de la réalité de la part des instances officielles dans toute la région. L'Algérie, l'Iran, le Liban et le Maroc, par exemple, élaborent actuellement des programmes de prévention plus substantiels ; dans le même temps certains pays (Iran et Libye, notamment) semblent plus disposés à reconnaître l'existence d'une épidémie associée à la consommation de drogues injectables, et à s'y attaquer.

L'histoire de l'épidémie de SIDA démontre largement que le VIH s'en prend souvent d'abord à ces groupes, avant de se propager dans la population générale. Une partie du défi auquel sont confrontés les pays de cette région consiste à désamorcer le phénomène de stigmatisation et de réprobation qui se manifeste si souvent vis-à-vis des groupes vulnérables, et à améliorer les connaissances du grand public concernant le VIH/SIDA ainsi que sa compréhension de l'épidémie. Les obstacles socioculturels qui empêchent de diriger l'attention voulue sur les populations à haut risque sont parfois si énormes que les coûts des politiques de prévention sont perçus comme éclipsant les avantages pour la santé publique.

Les systèmes de surveillance sont en cours d'amélioration dans certains pays, et les exemples d'efforts de prévention positifs augmentent. Mais le déni et la stigmatisation créent un contexte idéal pour la propagation du VIH.

LES PAYS À REVENU ÉLEVÉ

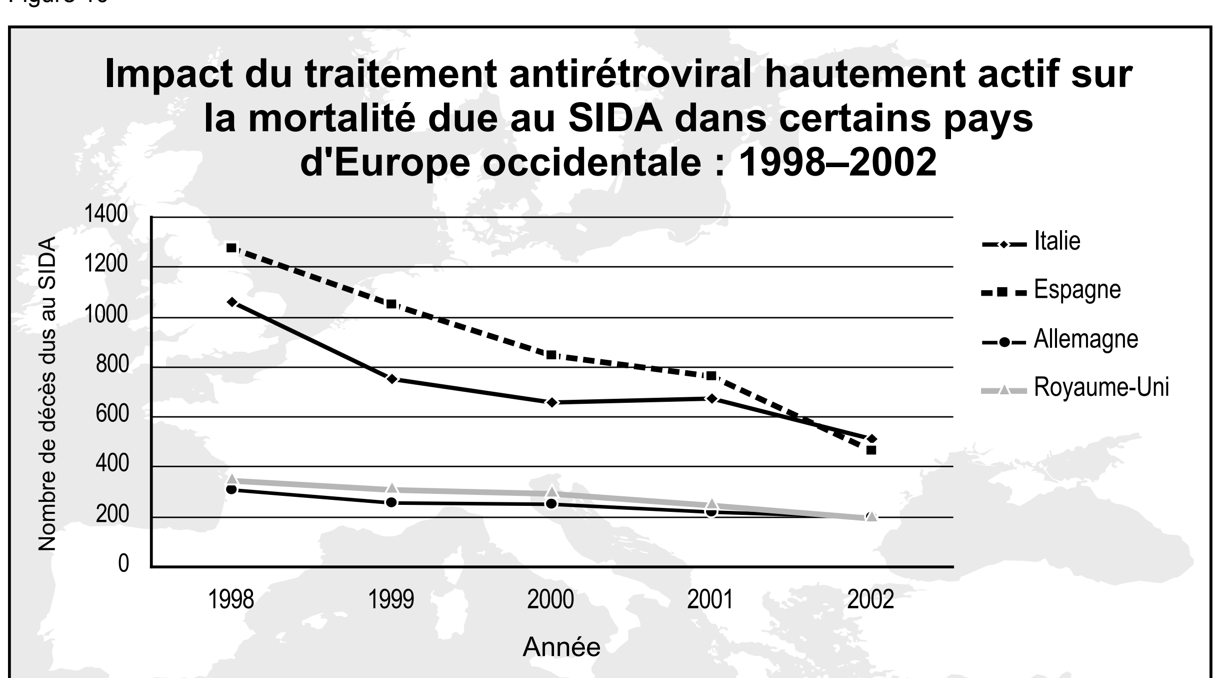
La mortalité associée au SIDA continue à diminuer, grâce à la mise à disposition à grande échelle du traitement antirétroviral.

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH continue de croître dans les pays à revenu élevé, ce qui s'explique en grande partie par l'accès généralisé au traitement antirétroviral. Il est estimé que 1,6 million de personnes vivent avec le VIH dans ces pays – chiffre qui inclut les 80 000 nouveaux cas d'infection enregistrés en 2003. Le SIDA a tué à peu près 18 000 personnes au cours de l'année écoulée. Comme le montre la Figure 10, le nombre de décès annuels dus au SIDA a continué de baisser dans les pays à revenu élevé, notamment ceux d'Europe occidentale, en raison de la mise à disposition à grande échelle du traitement antirétroviral.

Il est de plus en plus démontré que les activités de prévention dans plusieurs pays à revenu élevé ne s'adaptent pas au rythme des changements intervenant dans la propagation du VIH. Ces insuffisances sont particulièrement évidentes là où le VIH sévit également au sein de sections marginalisées de la population, notamment les immigrés et les réfugiés.

Aux Etats-Unis d'Amérique, environ la moitié des quelque 40 000 nouveaux cas annuels d'infection à VIH (approximativement) se déclarent chez les Africains-Américains (12% de la population du pays), les femmes africaines-américaines représentant une proportion de plus en plus forte des nouveaux cas d'infection. (Globalement, on estime à un tiers le pourcentage des nouveaux cas d'infection à VIH imputables à la transmission hétérosexuelle.) Beaucoup de ces femmes n'adoptent pas de comportements à risque, mais elles contractent l'infection à l'occasion de rapports

Figure 10



Source : Programmes nationaux de lutte contre le SIDA (2002). Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport de fin d'année 2002. Données compilées par le Centre européen de surveillance épidémiologique du SIDA.

sexuels avec leurs partenaires masculins – dont une proportion importante a également des rapports sexuels avec des hommes ou s'injecte des drogues. En analysant les données émanant de 11 Etats, une étude récente des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique a constaté que 34% des Africains-Américains séropositifs avaient déclaré avoir eu des rapports sexuels tant avec des femmes qu'avec des hommes. Toutefois, une petite proportion des femmes africaines-américaines séropositives ont déclaré savoir que leur partenaire avait également des rapports sexuels avec des hommes. Le secret entourant ce chevauchement de comportements à risque semble avoir pour origine la stigmatisation qui reste attachée à l'homosexualité. Les coûts sont vertigineux : le SIDA est aujourd'hui la première cause de décès des Africaines-Américaines âgées de 25-34 ans. Selon les Centers for Disease Control, quelque 90% des jeunes citadins Africains-Américains séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes ne sont pas au courant de leur état. Globalement, il est estimé qu'en tout un quart des 850 000–950 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA aux Etats-Unis ignorent qu'elles sont séropositives.

Les rapports sexuels entre hommes demeurent un aspect important de l'épidémie dans la plupart des pays à revenu élevé. En Allemagne, en Grèce et aux Pays-Bas, ils constituent le mode le plus courant de transmission du VIH ; aux Etats-Unis d'Amérique (en 2002) et en Australie (en 2001), ils représentaient 42% et 86%, respectivement, des nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués. Cependant, la recrudescence des autres infections sexuellement transmissibles en Australie, au Japon, en Europe occidentale et aux Etats-Unis d'Amérique est le signe d'une résurgence des comportements sexuels à haut risque – en particulier chez les jeunes, notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les programmes de prévention qui sont bien parvenus à limiter la transmission du VIH dans les années 1990, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, semblent avoir été relégués à l'arrière-plan dans bon nombre de pays à revenu élevé.

Poursuivant la tendance de ces dernières années, on constate une recrudescence des autres infections sexuellement transmissibles – peut-être un présage de nouvelles hausses de l'incidence du VIH.

La France, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont signalé des flambées de syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; par exemple, aux Pays-Bas, les nouveaux cas de syphilis notifiés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont augmenté de 182% en 2002. En Angleterre et au Pays de Galles, les cas de blennorragie diagnostiqués dans les dispensaires anti-IST ont augmenté de 102% sur la période 1995-2000, les plus fortes hausses étant observées chez les 16-19 ans ; l'Australie a quant à elle notifié les taux les plus élevés d'incidence de la blennorragie chez les 15-39 ans qu'elle ait jamais enregistrés depuis 1997. Les cas notifiés de blennorragie ont augmenté également aux Pays-Bas, en Suède et en Suisse. Ceci semblerait indiquer que les activités actuelles de prévention n'ont guère de prise sur les jeunes générations.

Le Japon assiste à une augmentation régulière du nombre de cas notifiés d'infection à VIH. Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH signalés chaque année a doublé depuis les années 1990, dépassant le chiffre de 600 en 2001 et 2002. Cette hausse s'est accompagnée d'une augmentation des autres cas d'infections sexuellement transmissibles sur la même période, avec une élévation de plus de 50% des taux d'infection à *Chamydia* chez les femmes depuis 1995. Il existe également des preuves d'une activité sexuelle plus répandue chez les jeunes Japonais (comme en témoigne la hausse du pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 19 ans).

Dans les pays d'Europe occidentale qui notifient des cas d'infection à VIH, les rapports hétérosexuels pourraient bien constituer aujourd'hui le mode le plus courant de transmission du VIH. Toutefois, une grande partie de l'augmentation des nouveaux cas d'infection à VIH signalés dans la région en 2002 a été attribuée au nombre important de personnes dont on pense qu'elles ont été infectées ailleurs, dans un pays à forte prévalence du VIH. La plupart

de ces cas ont été enregistrés au Royaume-Uni (où le nombre de cas diagnostiqués signalé en 2002 était deux fois plus élevé qu'en 1998) et en Allemagne (où le nombre des nouveaux cas diagnostiqués l'année dernière a augmenté pour la première fois depuis 1997). Au Royaume-Uni, 70% des cas d'infection à VIH transmis par le biais de rapports hétérosexuels se sont déclarés chez des personnes qui avaient contracté le virus alors qu'elles vivaient dans des pays subissant une épidémie généralisée. Les cas d'infection à VIH apparemment contractés ailleurs dans le monde représentaient aussi une part importante des nouveaux cas diagnostiqués en Norvège, aux Pays-Bas et en Suède. Il est capital d'adapter les programmes de prévention, de traitement et de soins, de façon à atteindre toutes les personnes affectées par le VIH/SIDA, en particulier celles qui ont un accès limité aux services, du fait de l'obstacle de la langue, de leur culture ou de leur statut d'immigré.

Le rôle de la consommation de drogues injectables dans l'épidémie de VIH varie entre les pays à revenu élevé. Au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique, environ 25% des cas d'infection à VIH nouvellement contractés ont été attribués à la consommation de drogues injectables ; en Australie, la consommation de drogues injectables compte pour moins de 10% des nouveaux cas diagnostiqués. En Europe, la consommation de drogues injectables a été en 2002 à l'origine d'un peu plus de 10% des cas nouvellement diagnostiqués ; au Portugal, cependant, ce mode de transmission a été responsable de presque la moitié du total des cas d'infection en 2002. (Ce pays connaît toutefois une augmentation importante des infections sexuellement transmissibles, contractées par le biais de rapports hétérosexuels et entre hommes.) Ces schémas font ressortir la nécessité de programmes de prévention (et de traitement) qui atteignent les consommateurs de drogues injectables – notamment ceux qui sont incarcérés et ceux qui appartiennent à des minorités marginalisées. Au Canada, par exemple, les aborigènes sont surreprésentés parmi les consommateurs de drogues injectables.

DÉSAMORCER LE PHÉNOMÈNE DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION

La stigmatisation et la discrimination entravent les efforts visant à maîtriser l'épidémie mondiale, et créent un climat idéal pour sa propagation. A elles deux, elles constituent l'un des plus grands obstacles à la prévention d'autres cas d'infection, à l'offre de soins, d'appui et de traitement adéquats, et à l'atténuation de l'impact de l'épidémie.

La stigmatisation et la discrimination compromettent l'action de prévention en ce sens que les gens, par crainte d'avoir à les subir, ont peur de connaître leur statut VIH, et reculent face à l'adoption de certaines mesures préventives – par exemple, insister pour utiliser le préservatif lors des rapports sexuels, ce qui pourrait être interprété comme un aveu de séropositivité VIH.

La stigmatisation et la discrimination créent également une fausse impression de sécurité qui sape les efforts de prévention. Souvent, elles reposent sur des préjugés et des schémas d'exclusion sociale. En associant le VIH/SIDA à des groupes de personnes perçues comme « à part », les gens nourrissent l'illusion d'être eux-mêmes à l'abri du risque d'infection. D'où l'éventualité de voir ces gens contribuer à la perpétuation du comportement à risque, comme le rapport sexuel non protégé, par peur d'éveiller les soupçons sur leur statut VIH s'ils se comportent autrement.

La crainte de la discrimination empêche les gens de consulter pour bénéficier d'un traitement contre le SIDA. Ils peuvent être dissuadés de recourir aux services de conseil et de test volontaires, piliers des programmes de prévention, de traitement et de soins. Les personnes vivant avec le VIH peuvent ainsi se retrouver isolées, et privées des soins et de l'appui qui pourraient atténuer l'impact de l'épidémie.

Même dans leur recherche de soins et d'appui, les personnes infectées par le VIH peuvent subir les dures répercussions de la stigmatisation et de la discrimination. Celles qui cherchent soins ou conseils peuvent être rejetées précisément par les services qui devraient les aider, comme le montrent certaines études.

Une étude conduite en 2002 auprès de quelque 1 000 médecins, infirmières et sages-femmes dans quatre Etats du Nigéria, par exemple, a rendu des conclusions dérangeantes. Sur 10 médecins et infirmières, un/une a admis avoir refusé de s'occuper d'un patient affecté par le VIH/SIDA, ou avait refusé l'admission dans un hôpital à des patients vivant avec le VIH/SIDA. Presque 40% pensaient que l'aspect extérieur d'une personne trahit sa séropositivité VIH, et 20% considéraient que les personnes vivant avec le VIH/SIDA avaient adopté des comportements contraires à la morale, et qu'elles méritaient

Dehors dans le froid

Mon fils adoptif, Michael, 8 ans, est né séropositif et le SIDA a été diagnostiqué chez lui à l'âge de 8 mois. Je l'ai pris chez nous, dans un petit village du sud-ouest de l'Angleterre. Dans un premier temps, les relations avec l'école du coin ont été excellentes, et Michael s'est épanoui là-bas. Seuls le maître principal et l'assistant de classe personnel de Michael étaient au courant de sa maladie. Puis quelqu'un a brisé le secret et a dit à un parent que Michael avait le SIDA. Ce parent l'a évidemment répété à tous les autres. La panique et l'hostilité générées par cette information ont été telles que nous avons été contraints de quitter la région. Le risque pèse en permanence sur Michael et sur nous, sa famille. La loi de la foule est dangereuse. Sans connaissances exactes sur le VIH, les gens ont peur. Et la peur fait adopter un comportement irrationnel. Nous pourrions très bien être encore amenés à partir de chez nous.

« Debbie » s'exprimant au National AIDS Trust, Royaume-Uni, 2002

Qu'est-ce qui alimente la stigmatisation et la discrimination ?

La stigmatisation dévalorise les gens et jette le discrédit sur eux, générant honte et insécurité. Dans le contexte du SIDA, elle flatte ce besoin de toujours trouver des boucs émissaires, de condamner et de punir certaines personnes (ou groupes), afin d'occulter le fait que tout le monde est à risque. La stigmatisation prend appui sur les préjugés et les schémas d'exclusion qui ont cours, et marginalise encore un peu plus des personnes peut-être déjà plus vulnérables au VIH/SIDA. Elle découle de l'association qui est faite entre VIH/SIDA et sexe, maladie et mort, et comportements peut-être hors-la-loi, interdits ou tabous, comme les rapports sexuels avant et hors mariage, le commerce du sexe, les rapports sexuels entre hommes, et la consommation de drogues injectables.

La stigmatisation est nuisible, d'une part en soi (en ce sens qu'elle débouche sur des sentiments de honte, de culpabilité et d'isolement des personnes vivant avec le VIH), et d'autre part car elle pousse les gens à des actes qui nuisent directement à leur prochain, le privant notamment de services ou de choses auxquelles il a droit – actes qui sont l'expression concrète de la discrimination liée au VIH. Ce traitement injuste peut s'apparenter à une violation des droits de la personne humaine.

bien ce qui leur arrivait. Le manque de connaissance concernant le virus (s'accompagnant souvent de propos médisants à l'égard des personnes vivant avec le VIH) était apparemment l'un des facteurs alimentant la discrimination. La crainte chez les médecins et les infirmières d'être exposés au risque d'infection du fait du manque d'équipement de protection était un autre de ces facteurs. Entrait également en ligne de compte, apparemment, la frustration de ne pas disposer de médicaments pour traiter les patients de ce type, qui semblaient donc « condamnés » à mourir. Des études menées dans d'autres régions montrent que ces attitudes et actions sont courantes. Aux Philippines, une enquête récente auprès des personnes vivant avec le VIH/SIDA a montré que près de 50% des personnes interrogées avaient souffert de discrimination de la part de soignants ; en Thaïlande, 11% des personnes interrogées ont déclaré que des médicaments leur avaient été refusés en raison de leur séropositivité, et 9% avaient subi des retards dans leur traitement. Quelque 70% des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Inde ont déclaré avoir été confrontées à la discrimination, le plus couramment au sein de la famille et dans les structures de soins, selon une étude récente de l'Organisation internationale du Travail (OIT). Ces expériences ont accéléré les efforts visant à promouvoir la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Inde – où plusieurs ONG et réseaux de personnes séro-

Apprendre à ses dépens

Il ne faudrait pas sous-estimer l'intensité du phénomène de stigmatisation et de discrimination. Au Kerala, en Inde, deux enfants orphelins ont été renvoyés de leur école en 2003, et ont été refusés dans d'autres. Motif ? Leur séropositivité VIH. En réaction, eux et leur grand-père, comme Gandhi à son époque, ont entamé une grève de la faim en face du cabinet du premier ministre, faisant valoir leur droit à l'éducation. Le premier ministre est intervenu en leur faveur, ordonnant leur admission dans une école publique. Toutefois, à la suite d'une réunion de l'association des parents d'élèves et des professeurs, les élèves de cette école ont répliqué par un boycottage des cours, en guise de protestation. Cédant à la pression, le gouvernement a ensuite ordonné que ces enfants soient scolarisés à domicile, ce qui a eu pour effet de les couper de toute interaction sociale avec les autres enfants.

Le Président de l'Inde, le Ministre indien de la Santé, les instances locales de lutte contre le SIDA et les militants du SIDA ont fait appel à la communauté et œuvré à ses côtés pour dissiper les craintes et les idées fausses qui règnent dans ce pays très peuplé. Pourtant, fin 2003, presque six mois après le début de cette malheureuse histoire, ces enfants étaient toujours contraints de prendre leurs cours et de passer leurs examens à domicile. Malgré les appels lancés par des personnalités de haut rang, la communauté a campé sur ses positions et a maintenu les deux orphelins à l'écart.

positives œuvrent pour éliminer la discrimination dans les hôpitaux locaux.

De nombreuses personnes vivant avec le VIH/SIDA n'ont pas la possibilité de choisir comment, quand et à qui dévoiler leur séropositivité. Lors d'une enquête récente, 29% des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Inde, 38% en Indonésie, et plus de 40% en Thaïlande ont déclaré que leur séropositivité avait été révélée à une tierce personne sans leur consentement. Dans de nombreux cas, les résultats des tests étaient transmis à des personnes autres que le conjoint ou que des membres de la famille ; dans une étude thaïlandaise, une personne interrogée sur cinq a déclaré que sa séropositivité avait été révélée aux pouvoirs publics. De telles violations du droit à la confidentialité sapent les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, en ce sens qu'elles dissuadent les gens de chercher à connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH ; à ce titre elles constituent une menace pour la santé publique, dans la mesure où des individus peuvent sans le savoir transmettre le VIH à d'autres.

Compte tenu des liens étroits entre stigmatisation, discrimination et violations des droits humains en rapport avec le VIH/SIDA, des interventions multiples s'imposent. Il faut prendre des mesures à la fois pour prévenir la stigmatisation et pour faire obstacle à la discrimination lorsqu'elle a cours, et pour surveiller les violations des droits humains et y remédier. Manifestement, tout le monde a un rôle à jouer – des dirigeants politiques et leaders sociaux aux artistes et membres de la communauté – dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

De plus en plus d'initiatives s'attaquent aujourd'hui avec réussite au déni, à l'ignorance et aux craintes qui donnent lieu à la stigmatisation, à la discrimination et aux violations des droits de la personne humaine. Certaines des plus puissantes initiatives visant à réduire la stigmatisation et la discrimination rattachées au VIH/SIDA s'appuient sur la participation des personnes vivant avec, ou affectées par, le VIH/SIDA. A travers le monde, ces dernières ont monté des organisations, des campagnes et même des mouvements de masse qui mobilisent une action contre l'épidémie et qui font pression sur les dirigeants des pays pour qu'ils s'attaquent à l'épidémie avec détermination. Les exemples abondent – des programmes pour la formation au leadership en Zambie aux activités médiatiques et de plaidoyer dans les journaux et dans les programmes de télévision, organisées par le « Positive Movement » au Bélarus. L'approche centrée sur la communauté adoptée en Zambie a amené les chefs du district de Lundazi à montrer l'exemple en se soumettant au test VIH, entraînant ainsi dans leur sillage tous les autres membres de la communauté. Et ils sont allés plus loin, en décrétant la fin de pratiques telles que l'héritage d'une veuve ou autres pratiques qui représentent une discrimination à l'égard des femmes et des filles, et qui rendent ces dernières encore plus vulnérables à l'infection.

La ligne téléphonique d'urgence VIH/SIDA en Egypte aide à percer le secret et l'ignorance qui entourent la sexualité et le VIH/SIDA. Ce projet propose une information précise sur le VIH/SIDA et assure un service de conseil anonyme. Le personnel

Qui se soucie du problème ?

Il est capital d'élargir l'accès à des soins, à une action de prévention et à des traitements efficaces, si l'on veut briser le cercle vicieux de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de la personne humaine.

Là où le traitement n'est pas disponible, les gens ne sont guère incités à connaître leur statut vis-à-vis du VIH – encore moins sachant qu'ils risquent d'être rejetés et victimes de discrimination s'ils sont constatés séropositifs. L'accès élargi au traitement est l'un des plus puissants facteurs pouvant inciter les individus à connaître leur statut vis-à-vis du VIH. Et la perspective, pour les individus, d'une vie plus longue, plus productive, encourage les communautés à revoir la nature de leurs rapports avec les personnes vivant avec le VIH, créant un climat d'espoir et gommant les peurs qui favorisent la stigmatisation.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA sont à la tête d'une initiative hardie visant à offrir le traitement antirétroviral à 3 millions de personnes, dans les régions les plus en demande, d'ici à la fin de 2005. En outre, un nombre croissant de pays mettent en place des programmes complets de prévention et de soins. Ces initiatives peuvent aider à lever le voile de la suspicion et du secret qui entoure l'épidémie.

Tenir ses promesses

Dans leur Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, élaborée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001, les Etats Membres ont convenu de ce qui suit :

… d'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/SIDA et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant l'intimité de leur vie privée et leur confidentialité ; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie (paragraphe 58).

traite quelque 5000 appels par an, deux tiers d'entre eux émanant de personnes ayant entre 18 et 35 ans, et 20% de femmes. Les appels arrivent de toute l'Egypte, et même d'autres pays de langue arabe. Le projet contribue également à faire passer le message tôt. Kami, la marionnette séropositive, passe dans le programme *Talkalani Sesame* de la télévision sud-africaine ; elle aborde avec ses amis des questions relatives au VIH/SIDA. Le but est de dénoncer auprès des téléspectateurs – en majorité des enfants de 3 à 6 ans – la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA, et de leur montrer comment on peut la contrer ou la surmonter.

Si les entreprises sont encore quelques-unes à préférer reporter ailleurs le poids des responsabilités à assumer par rapport au VIH/SIDA – en exigeant le dépistage du VIH avant embauche, en réduisant la couverture maladie des travailleurs séropositifs ou en la supprimant, voire en les licenciant – elles sont toutefois de plus en plus nombreuses à mettre en œuvre des programmes de prévention et de soins sur le lieu de travail. Certaines, comme Volkswagen au Brésil, offrent à leurs employés le traitement antirétroviral ou tout autre traitement en rapport avec le SIDA. Le programme AIDS Care, en place depuis plusieurs années au sein de cette société, comprend l'éducation pour la prévention, l'offre de préservatifs gratuits, le conseil et l'appui, ainsi que l'accès à la thérapie antirétrovirale et aux tests cliniques pour surveiller le traitement. Ont également été adoptées des mesures contre la discrimination, qui prévoient la garantie du droit à la confidentialité pour les employés vivant avec le VIH/SIDA, et l'interdiction du dépistage obligatoire et du renvoi des employés séropositifs. En l'espace de quelques années, la société a enregistré une très nette baisse des hospitalisations ainsi qu'une réduction considérable de ses dépenses relatives au traitement et aux soins. De tels programmes sur le lieu de travail

Le droit contre la stigmatisation et la discrimination

Le droit peut être un outil puissant pour combattre la stigmatisation et la discrimination. Par exemple, au Venezuela, l'initiative *Acción Ciudadana contra el Sida* (action des citoyens contre le SIDA) combat depuis la fin des années 1980 les violations des droits humains à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle offre le conseil juridique gratuit, intervient lors des procès et traite les recours juridiques concernant la discrimination à l'emploi, les pratiques médicales, et les services sociaux. Cette organisation a contribué à étendre la portée d'un programme de traitement et de soins mis en place au sein du système de sécurité sociale du pays, et dans le cadre d'un procès qui a fait date contre le Ministère de la Défense, elle a contribué à ce que quatre militaires, qui demandaient à bénéficier d'un traitement par les antirétroviraux et autres médicaments, de soins dans le respect de la confidentialité et d'une pension, obtiennent gain de cause. Ce jugement a créé un précédent en matière de respect du droit de tous les personnels militaires à l'emploi, à la vie privée, à la non-discrimination, à la dignité et à des égards sur les plans psychologique et économique, ainsi qu'aux soins de santé. En juillet 1999, la Cour Suprême a ordonné au Ministère de la Santé d'offrir gratuitement à tous les résidents du Venezuela vivant avec le VIH/SIDA la thérapie antirétrovirale, le traitement contre les infections opportunistes et les tests diagnostiques.

peuvent réussir à contrer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Par ailleurs, aux Philippines, la loi sur la lutte contre le SIDA et sa prévention reste un exemple démontrant qu'une législation incluant des clauses fermes concernant la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA peut constituer un instrument utile au service de la lutte contre la discrimination liée au VIH. Ce type de contexte politique et législatif favorable peut contribuer à doter les communautés des moyens de faire plus efficacement obstacle à la stigmatisation, à la discrimination et aux violations des droits de la personne humaine.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA ne s'atténueront que si l'on s'y attaque sur plusieurs fronts :

- à l'intérieur des communautés, où des initiatives faisant appel aux médias peuvent influer sur l'opinion publique et contribuer à l'amélioration de l'environnement des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- dans des endroits comme le lieu de travail, les hôpitaux et les dispensaires, les lieux de culte et les établissements d'enseignement, où des politiques équitables et des programmes d'éducation peuvent faire obstacle à la stigmatisation, à la discrimination et aux violations des droits de la personne humaine ; et
- au tribunal, où l'on peut invoquer les droits et devoirs juridiques, afin de promouvoir et de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

CARTES

ESTIMATIONS MONDIALES À FIN 2003
ADULTES ET ENFANTS

Personnes vivant avec le VIH/SIDA	**40 millions (34 – 46 millions)**
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2003 ...	**5 millions (4,2 – 5,8 millions)**
Décès dus au VIH/SIDA en 2003	**3 millions (2,5 – 3,5 millions)**

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles. Ces fourchettes sont plus précises que celles des années précédentes, et des travaux sont en cours pour augmenter encore la précision des estimations qui seront publiées à mi-2004.





ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA
ESTIMATIONS À FIN 2003

Amérique du Nord
790 000 – 1,2 million

Caraïbes
350 000 – 590 000

Amérique latine
1,3 – 1,9 million

Europe occidentale
520 000 – 680 000

Afrique du Nord et Moyen-Orient
470 000 – 730 000

Afrique subsaharienne
25,0 – 28,2 millions

Europe orientale et Asie centrale
1,2 – 1,8 million

Asie de l'Est et Pacifique
700 000 – 1,3 million

Asie du Sud et du Sud-Est
4,6 – 8,2 millions

Australie et Nouvelle-Zélande
12 000 – 18 000

Total : 34 – 46 millions





Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2003 – estimations

Europe occidentale
30 000 – 40 000

Europe orientale et Asie centrale
180 000 – 280 000

Amérique du Nord
36 000 – 54 000

Asie de l'Est et Pacifique
150 000 – 270 000

Afrique du Nord et Moyen-Orient
43 000 – 67 000

Asie du Sud et du Sud-Est
610 000 – 1,1 million

Caraïbes
45 000 – 80 000

Afrique subsaharienne
3,0 – 3,4 millions

Amérique latine
120 000 – 180 000

Australie et Nouvelle-Zélande
700 – 1 000

Total : 4,2 – 5,8 millions





Nombre de décès dus au SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2003 – estimations

Amérique du Nord
12 000 – 18 000

Europe occidentale
2 600 – 3 400

Europe orientale et Asie centrale
23 000 – 37 000

Asie de l'Est et Pacifique
32 000 – 58 000

Afrique du Nord et Moyen-Orient
35 000 – 50 000

Asie du Sud et du Sud-Est
330 000 – 590 000

Caraïbes
30 000 – 50 000

Afrique subsaharienne
2,2 – 2,4 millions

Amérique latine
49 000 – 70 000

Australie et Nouvelle-Zélande
<100

Total : 2,5 – 3,5 millions







Esta página dejada en blanco al propósito.

Note explicative sur les estimations de l'ONUSIDA/OMS

Les estimations de l'ONUSIDA/OMS fournies dans le présent document sont fondées sur les données les plus récentes dont on dispose sur la propagation du VIH dans les pays du monde. Elles sont provisoires. L'ONUSIDA et l'OMS, conjointement avec des experts de programmes nationaux de lutte contre le SIDA et d'institutions de recherche, revoient constamment ces estimations afin de les mettre à jour à mesure qu'ils disposent de meilleures connaissances concernant l'épidémie, tout en s'appuyant sur les progrès réalisés dans les méthodes d'estimation. Compte tenu de ces facteurs et des progrès à venir, les estimations actuelles ne peuvent être comparées directement aux estimations faites au cours des années précédentes, ni à celles qui seront publiées par la suite.

Les estimations et données fournies dans les graphiques et tableaux sont présentées en chiffres ronds. Toutefois, des chiffres non arrondis sont utilisés pour calculer les taux et les totaux régionaux, c'est pourquoi il peut y avoir de petites différences entre les totaux mondiaux et la somme des chiffres régionaux.

L'ONUSIDA et l'OMS poursuivront leur collaboration avec les pays, les organisations partenaires et les experts afin d'améliorer la collecte des données. Ces efforts garantiront que les meilleures estimations possibles sont disponibles pour aider les gouvernements, les organisations non gouvernementales et autres à évaluer la situation de l'épidémie et à surveiller l'efficacité des efforts considérables qu'ils déploient dans les domaines de la prévention et de la prise en charge.

Le rapport annuel *Le point sur l'épidémie de SIDA* relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde. Agrémentée de cartes et de résumés régionaux, l'édition 2003 présente les plus récentes estimations relatives à l'ampleur et au bilan humain de l'épidémie, examine les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie, et comporte une section spéciale portant sur la stigmatisation et la discrimination.

ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse
Tél. : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courriel : unaids@unaids.org
Internet : http://www.unaids.org